

THÈSE

N°
144

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAZET GEORGES-FÉLIX-AUGUSTE

Externe des Hôpitaux de Paris. Né à Lyon, le 18 Juin 1899

TUBERCULOSE & GROSSESSE

LE PROBLÈME DE L'AGGRAVATION

LES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES:

Cure sanatoriale

Pneumothorax artificiel.

Avortement thérapeutique

Hystérectomie

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS DE DOCTORAT

18, rue Darcet, PARIS

1923



TUBERCULOSE ET GROSSESSE
LE PROBLÈME DE L'AGGRAVATION
LES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAZET GEORGES-FÉLIX-AUGUSTE

Externe des Hôpitaux de Paris. Né à Lyon, le 18 Juin 1899

TUBERCULOSE & GROSSESSE

LE PROBLÈME DE L'AGGRAVATION

LES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES:

Cure sanatoriale

Pneumothorax artificiel.

Avortement thérapeutique

Hystérectomie

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS DE DOCTORAT
18, rue Darcet, PARIS

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie.. .. .	Ch. RICHET.
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.. .. .	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI	Pathologie médicale.
LGLAVE	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
HIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
de JONG	Anatomie pathologique.
JUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
MOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
TANON	Physique médicale.
	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Obstétrique.
VAUDESCAL	Pharmacologie et matière médicale.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LEPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBREDANNE	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
N.	
LÉDOUX-LEBARD	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

faible expression de mon infinie
reconnaissance et de ma très
profonde tendresse.

A MES SŒURS,

petit souvenir d'une bien grande
affection.

A MA FEMME.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Monsieur le Professeur BRINDEAU,
mon Président de Thèse.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD.

Monsieur le Professeur agrégé AUVRAY.

Monsieur le Professeur agrégé CLERC.

Monsieur le Docteur KLIPPEL.

Monsieur le Docteur PARMENTIER.

Monsieur le Docteur CHABROL.

Monsieur le Docteur RIST

Monsieur le Docteur LESAGE.

Monsieur le Docteur HUDELO.

A Monsieur le Professeur BAR, Membre
de l'Académie de Médecine.

A Messieurs BRODIN, Médecin des Hôpitaux.

VAUDESCAL, Professeur agrégé de la
Maternité Tarnier.

LANTUÉJOUL, Chef de Clinique de la
Maternité Tarnier.

A MES CONFÉRENCIERS :

Messieurs Georges HUC, RABUT,
JACQUELIN, FROMENT et OBERLIN.

INTRODUCTION

Dans une thèse de simple étudiant, couronnement d'à peine six ans d'études de Faculté et d'Hôpital, il est rarement possible d'émettre des idées personnelles bien importantes ou de publier des faits très originaux. Cette excuse devait être mise au début de ce travail où, sous un titre bien prétentieux, je ne prétends que résumer, assembler ou opposer les opinions de mes maîtres, où je n'ai tenté que d'apporter et de grouper quelques éléments de statistiques à l'appui des diverses théories qui ont chacune de très ardents et illustres défenseurs.

La base de mon travail a été la discussion désormais célèbre qui s'est poursuivie à l'Académie de Médecine durant plusieurs mois de 1922, sur l'angoissante question de l'avortement thérapeutique en cas de tuberculose pulmonaire. Mais pour étudier complètement le problème, j'ai dû agrandir mon sujet, et c'est ainsi que dans une première partie j'ai tenté de rapidement reprendre, aidé de pourcentage, d'observations antérieures et d'observations nouvelles, l'étude du fait capital : la fréquence de l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la grossesse.

Dans la seconde partie, j'ai considéré les résultats des essais thérapeutiques :

1° L'effet salulaire de la cure sanatoriale dans quelques formes ;

2° Les résultats encourageants du pneumothorax artificiel quand la lésion en est justiciable ;

3° Enfin la grave question de l'avortement thérapeutique.

Surtout sur ce dernier point, mon but, s'il a été de résumer aussi fidèlement que possible les arguments des pessimistes et des optimistes, des interventionnistes et de leurs adversaires, mon but a été aussi de prendre parti le moins possible dans cette trop grave discussion pour laquelle l'Académie de Médecine elle-même s'est refusé de conclure.

Si mon travail, sans décisives (!) conclusions, perd toute originalité, du moins ai-je l'espoir qu'il y gagnera un peu en impartialité et qu'ainsi il pourra servir encore à quelques-uns de mes camarades, bonnes volontés qui veulent se faire, sans gros travail bibliographique, une opinion sur l'état actuel du grave problème.

Et si je peux, montrant chacun des dangers, éviter que quelque erreur fatale ne s'accomplisse, j'aurai atteint le plus beau résultat que je puis ambitionner.

Je tiens à remercier encore ici tous ceux qui, dans le but d'apporter quelques éléments aux différents problèmes, m'ont donné, en plus de leurs savants conseils, leurs précieuses observations :

Monsieur le Professeur Brindeau, qui a bien voulu présider cette thèse.

Monsieur le Professeur Bar, Monsieur le Professeur agrégé Vandescal, Monsieur le Docteur Rist, Messieurs Metzger, Chirié,

Cathala, — et Messieurs Coulaud et Hirschberg, dont les fiches me furent si précieuses pour retrouver au dispensaire les observations qui intéressaient mon sujet.

Dans l'espoir que le travail dans lequel ils m'ont aidé ne restera pas stérile par ma faute, je les prie de trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'influence de la gestation sur la phtisie a été remarquée de tout temps, dès Hippocrate, et tous les anciens auteurs ont déclaré après lui que rien n'était meilleur pour la poitrine que d'enfanter. Plus près de nous, Rozière de la Chassagne (1770), Cullen et Duguès affirment que la gestation empêche la tuberculose ou en retarde les progrès. Wernich conseille le mariage aux tuberculeuses.

Mais alors on isolait mal la tuberculose au milieu de toutes les affections pleuro-pulmonaires coïncidant avec une grossesse. Son individualisation récente par la découverte du bacille de Koch (1883) et les examens radiologiques devait amener une étude plus scientifique du problème.

Mais dès 1849, en France, la théorie optimiste antique était nettement commencée par GRISOLLE qui, suivant les idées de MAURICEAU, apporta devant l'Académie de Médecine vingt-sept observations de cette aggravation ou d'éclosion de tuberculose au cours de la grossesse. DUBREUIL soutint cette nouvelle théorie deux ans plus tard.

Toutefois Grisolle pensait qu'après l'accouchement la tuber-

culose cessait souvent d'évoluer et ce ne furent que PIDOUX et PETER qui insistèrent au contraire sur la gravité de la fin de la gestation et du post partum.

De telles théories, bravant la vieille clinique, ne pouvaient s'installer sous long combat où, d'un côté comme de l'autre, nous trouvons de grands maîtres. La théorie pessimiste finit par l'emporter avec Mauriceau, Grisolle, Dubreuil, Louis, Champetier, Depault, Budin, Tarnier qui appliquent à la femme tuberculeuse l'anathème de Petér. Paul Dubois insiste déjà sur l'action défavorable des grossesses répétées.

A l'étranger, la nouvelle théorie est rapidement admise et c'est à l'étranger que fût prise l'initiative de la thérapeutique simpliste de l'avortement (Congrès d'obstetique de Rome 1886).

Dès lors les discussions qui n'avaient eu jusqu'alors qu'un intérêt scientifique repartirent de plus belle sur la question de la thérapeutique qu'augmenta encore la découverte du Pneumothorax.

Mais en France, SABOURIN resta à peu près seul défenseur de l'ancienne théorie optimiste. Ayant remarqué que la période cataméniale est souvent accompagnée, chez les tuberculeuses, d'une petite poussée évolutive, fébrile, fait confirmé par les études actuelles du Professeur Bezançon, il conseille encore la grossesse pour sa suppression des menstrues.

PINARD, considéré comme optimiste, ne va aussi loin. En 1912, appuyé sur sa très longue expérience, il écrit : « Dans la grande majorité des cas, la grossesse, loin d'enrayer la phtisie, en accélère au contraire la marche. Mais il faut reconnaître aussi que quelquefois la maladie n'est influencée ni en bien ni en mal et que, même, dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés... J'ai vu des femmes en état

de gestation chez lesquelles la guérison de la tuberculose a paru se faire de façon décisive pendant la gestation... Depuis 40 ans, je n'ai jamais vu de granulie durant la gestation : j'en ai observé 30 durant les suites de couches... Sur plus de 70.000 accouchées, je n'ai constaté que 26 cas de mort par tuberculose ! »

DUMAREST ne prétend pas davantage que la grossesse influe favorablement la tuberculose de façon habituelle. « Dans de nombreux cas, nous avons vu l'évolution bacillaire aggravée et accélérée par la grossesse et surtout par les suites de couches. » Ce n'est qu'après un tel avertissement qu'il présente, avec Brette, ses fameuses formes où « la grossesse a paru influencer favorablement le décours de l'affection de la façon la plus nette ».

Tous, phtisiologues et accoucheurs, admettaient donc en principe la théorie de l'aggravation, et c'était seulement sur le pourcentage des aggravations que diverses écoles entretenaient leurs querelles. C'est autour de ces statistiques que devait pivoter le Congrès d'obstétrique de Genève 1923.

Le Congrès de Lausanne 1924, avec le rapport déconcertant de FORSNER, devait remettre en question tout le problème de la *non-aggravation*.

CHAPITRE II

De l'aggravation de la tuberculose

Considérons d'abord les faits tels qu'ils se présentaient au Congrès de Genève, « sur la conduite à tenir chez la tuberculeuse enceinte ».

Le principe de l'aggravation étant à peu près admis par tous, Weymeersch et Olbrechts, rapporteurs, présentent cette liste de statistiques d'aggravation on ne peut *moins* édifiante :

Bardeleben	80	pour 100	Nubiola (Pedro)	25	pour 100
Bollenhauzen	60	—	Pankow Kupferté	90	—
Kohn	8,6	—	De Bruine Ploos van Amstel	100	—
Fellner-Schauta	68,3	—	Petersen	12	—
Grisolle	30	—	Peaud	39	—
Hofbauer	55	—	Predella	90	—
Kaminer	61	—	Reiche	77	—
Maragliano	94	—	Van Rothorn	100	—
Miesowicz	78	—	Van Jarvorski	77	—
Neltner	67	—	Zimkel	34	—

Partout l'on trouve le même désaccord :

Commandeur	90 ‰.
Voron	60 ‰, tous les cas approuvés après sortie de maternité.
Cordier	47 sur 90 (Hôpital sanatorium de Sainte Eugénie).
Tecon	62 ‰.
Couvellaire	24 mortes dans l'année sur les 63 mères de son rapport de la Société d'Obstétrique 1923.
Winter et Appermann	67 ‰ (sur 182 cas personnels) : ces auteurs étudient pareillement 18 statistiques trouvant que les aggravations oscillent entre 64 et 100 ‰ et les mortalités entre 16 et 100 ‰.

En présence d'un pareil tableau, si l'on peut écarter quelques fausses statistiques comme celle de Cohn (8,6 %) où le diagnostic de tuberculose ne fut certain que pour 6 cas sur 58, d'après Rist, ou celle de Péaud qui ne suit pas ses malades au delà des 12 jours de maternité, après l'accouchement, on peut se demander encore pour tous les autres si les auteurs parlent bien toujours de la même affection.

Et en vérité n'en est-il pas ainsi ?

En effet, il n'existe pas *une* tuberculose, mais *des* tuberculoses dont l'évolution varie suivant le type anatomique, selon l'étendue des lésions, selon leur caractère évolutif, selon le terrain, selon le milieu social, selon le climat, les conditions de vie, la fortune même, selon les soins dont on a pu entourer la malade.

Mais parmi toutes ces causes, il en est une (probablement conséquence de beaucoup d'autres) qui paraît jouer le plus grand rôle : c'est le type anatomique-évolutif de la lésion : type fibreux, type ulcéro-caséux.

BAR, au Congrès de Rome 1912, disait : « On voit des femmes en état de tuberculose pulmonaire latente ou peu marquée, tuberculose sèche avec quelques signes stéthoscopiques, respiration rude, expiration prolongée, devenir enceintes et leur état, au lieu de s'aggraver, paraît plutôt s'améliorer. On peut estimer ces cas à 60 ou 70 %. — Quand les femmes ont des craquements humides, des crachats avec bacilles, de la fièvre, les chances de non-aggravation sont vraiment rares, elles n'excèdent pas 15 %. Quand il y a des cavernes avec tendance à l'extension, de la fièvre, elles tombent à 4 ou 5 pour 100. »

Sergent, dans sa communication à la Société d'Obstétrique 1922, venant à la suite de celle de Rist, de celle qui, en Mars

1921, fut l'origine du très intéressant débat de la Société d'Obstétrique, dont la discussion à l'Académie ne fut que le développement un peu rhétorique, Sergent expose l'essentiel de cette discussion nécessaire de deux tuberculoses qu'il oppose : la tuberculose figée, inactive, torpide, latente et la tuberculose évolutive.

Pour les cas bien caractérisés, cette classification est très facile : d'une part, les formes apyretiques, non évolutives, rarement et peu bacillifères, avec très bon état général que n'altèrent pas des hémoptisies possibles, peu de signes fonctionnels, des signes stétacoustiques stables, des signes radiologiques de sclérose et de calcification; d'autre part, les formes évolutives plus ou moins fébriles, selon l'importance des poussées d'aggravation, avec toux, expectorations plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondamment bacillifères, forme tendant à l'amaigrissement, à l'affaiblissement de l'état général, qu'aggravent les hémoptisies, formes dont les signes stétacoustiques et radiologiques vont en s'accroissant, en s'étendant, en s'excavant.

Mais il existe une quantité de cas mal caractérisés, tour à tour l'une ou l'autre forme, cas intermédiaires pour lesquels Sergent « est obligé de constater que souvent nous n'avons sur ce point de diagnostic que des présomptions assez fragiles. » Nous verrons l'importance de ce fait dans l'étude de la thérapeutique.

Si imparfaite pourtant que soit cette division, prouvée par la possible transformation de formes fibreuses en formes ulcéro-caséeuses par survenue d'une grave poussée évolutive, et par ailleurs par la possible stabilisation de formes ulcéro-caséeuses en kistant de tissu fibreux les lésions constituées, cette division est incomparablement supérieure à celle des trois stades de

Gehrad ou de Turban (1), sans parler de la vieille classification en « pré-tuberculose », tuberculose du premier degré, du deuxième et du troisième degré excavée.

La preuve en est donnée par la concordance dès lors remarquable des différentes statistiques faites selon ce mode.

PANKOW et KUPFERLÉ :

Tuberculose figée :

48 cas non suivis, à négliger ;

29 cas suivis.

Sur ces 29 cas, il y eut 6 aggravations ;

1 mort ;

22 stationnaires = 82 %.

Tuberculose manifeste :

145 cas (23 ont débuté avec la grossesse).

94,5 % femmes aggravées et soumises alors à l'avortement thérapeutique.

BAR (Congrès de Rome 1912 et Conférence de Madrid) :

Sur 400 femmes tuberculeuses :

1) Formes non évolutives	30 % d'aggravation
2) » évolutives	85 % »
3) » cavitaires	95 % »

WINTER et OFFERMANN :

182 cas, dont 139 longtemps suivis :

a) Tuberculose latente non bacillaire : 43 cas suivis jusqu'à 6 mois après l'accouchement : 20 % d'aggravation.

(1) Les trois stades de Turban se distinguent par l'étendue des lésions :
Stade I. — Lésion localisée à un sommet.
Stade II. — Lésion prenant les deux sommets ou les deux tiers d'un seul poumon.
Stade III. — Lésion tenant toute l'étendue d'un seul poumon ou les deux tiers d'un poumon et le sommet de l'autre.

b) Tuberculose manifeste, évolutive : 96 cas, aggravation : 86 % (on interrompt chez 68 la grossesse).

c) Tuberculose laryngée secondaire à tuberculose pulmonaire : 16 cas. Toutes les femmes sont mortes.

KEHRER (1921) : (Congrès antituberculeux allemand d'Elster-Bains), donne :

80 % d'aggravation pour les tuberculoses du second degré, alors qu'il évalue à 80 % le taux de tuberculoses cicatrisées ou latentes qui ne subirent aucune aggravation du fait de la grossesse.

CHATILLON, de Genève (Congrès de Genève 1923) :

Forme fibreuse bénigne antérieure à grossesse :

Aggravation importante plus les cas de mort (4)	8 %	} = 19 %
Aggravation plus légère	11 %	

Forme fibro caséuse évolutive antérieure à la grossesse :

Aggravation importante	52,6 %	} = 84 %
Aggravation plus légère	31,6 %	

WEYMEERSCH, OLBRECHTS et GEERAERD (Congrès de Genève 1923) :

Forme fibreuse bénigne antérieure à la grossesse :

Aggravation importante (5 %) + cas de morts (5 %)	10 %	} = 41 %
Aggravation plus légère et momentanée (congestion avec ou sans hémoptisie, pleurésie, etc.)	31 %	

Forme fibro caséuse évolutive antérieure à la grossesse :

Aggravation importante 31 % + décès 37 %	= 68 %	} = 89 %
Aggravation plus légère	21 %	

Parmi les observations que nous a confié M. Rist, trente cas se classent assez facilement dans l'un ou l'autre cadre : ils se répartissent ainsi :

11 Formes fibreuses antérieures à la grossesse :

Aggravation nette	3	(pas de mortalité)
Stationnaire	8	

19 Formes ulcéro caséeuses antérieures à la grossesse :

Aggravation nette	8	{ = 84 %
+ Mort	8	
Stationnaire	3	

Tous les auteurs étant d'accord pour admettre la résistance des formes fibreuses, nous n'insisterons pas sur les écarts de statistiques, de 75 % à 90 % de cas stationnaires, écarts explicables par le fait que certains phthisiologues comme Rist ne retiennent que les cas où la preuve de la tuberculose a pu être donnée par la présence de bacilles, alors que d'autres enferment dans leurs statistique un certain nombre de simple « sommet suspect » peut-être réellement pas tuberculeux.

Pour les formes ulcéro-caséeuses se présente au contraire la réponse au problème de l'aggravation. Les statistiques d'aggravation sont 94 % (discutable comme devait le faire remarquer Forsner), 85, 86, 84, 89, 80, 84 pour cent.

Sans risque d'exagération on peut admettre comme base que le pourcentage d'aggravation de formes à tendance évolutive est de 80 pour 100.

Or, en 1924, au Congrès de Lausanne, Forsner de Stokolm présentait les conclusions de non-aggravation en apportant 3 tableaux personnels :

Tableau I (résumé)

396 femmes atteintes de tuberculose pulmonaire chez qui aucune gestation n'a pu exercer d'influence sur le développement de la maladie et suivie pendant un an :

160 au Stade I de Turban. Améliorées ou stationnaires	75 %
Aggravées ou mortes	25 %
107 au Stade II. Améliorées ou stationnaires	73 %
Aggravées ou mortes	27 %
129 au Stade III. Améliorées ou stationnaires	43 %
Aggravées ou mortes	57 %

Tableau II (résumé)

341 femmes présentant une tuberculose non douteuse à la sortie de la Maternité et suivies pendant un an *après* l'accouchement :

183 au stade I de Turban : Améliorées ou stationnaires	86 %
Aggravées ou mortes	14 %
109 au stade II de Turban : Améliorées ou stationnaires	75 %
Aggravées ou mortes	25 %
49 au stade III de Turban : Améliorées ou stationnaires	38 %
Aggravées ou mortes	62 %

Tableau III

203 femmes sur les 341 du tableau II groupant les malades chez lesquelles, durant le temps d'observation, des bacilles ont été repérés *et* celles où des signes nets d'évolution se sont manifestés, même de façon passagère :

88 au stade I de Turban : Améliorées ou stationnaires	71 %
Aggravées ou mortes	29 %

69 au stade II de Turban : Améliorées ou stationnaires	61 %
Aggravées ou mortes	39 %
46 au stade III de Turban : Améliorées ou stationnaires	35 %
Aggravées ou mortes	65 %

Et il conclut : « J'affirme que nos statistiques démentent le vieux dogme de l'influence néfaste de la gestation sur la tuberculose et cela d'autant plus nettement qu'il s'agit de cas peu avancés sur lesquels, au point de vue d'une intervention thérapeutique, les opinions varient. »

Ainsi pouvait-on réellement admettre que depuis Moriceau et Grisolle à peu près tous les cliniciens français et étrangers se suivirent fidèlement dans la même énorme erreur : le « dogme » de l'aggravation ?

C'est ce que M. Rist fut le premier à se refuser d'admettre dans sa réponse à Forsner au cours de la même conférence.

Rist, tout en rendant hommage au travail très scientifique de Forsner qui eut le grand mérite de porter sur le terrain statistique la discussion du problème, et d'être le premier à comparer, durant le même temps, à la tuberculose évoluant sans grossesse, l'évolution de la tuberculose compliquée de gravidité, Rist marque nettement son désaccord avec le professeur de Stockholm en rapportant sa statistique bien différente. Celle-ci roule sur près de 5 ans, de Juin 1919 à début 1924 et comporte 138 cas répartis en 3 catégories :

- | | |
|---|--------|
| a) Grossesse survenue au cours de la tuberculose | 38 cas |
| b) Tuberculose survenant au cours de la grossesse, du perperium ou de l'allaitement | 90 cas |
| c) Avortements | 10 cas |

Sur les 38 du premier groupe il trouve	}	9 stationnaires	= 23,6 %
		17 aggravées	= 44,7 %
		12 décédées	= 31,5 %

Rist, comparant ces premiers résultats aux pourcentages de Forsner calculés en totalisant les degrés I, II et III, prit sur la 2^e partie du tableau III (observation pendant 2 ans, 185 cas) met en évidence l'impossibilité de la concordance des deux statistiques :

FORSNER :

Améliorées ou stationnaires	: 90 = (48,6 %)
Aggravées	46 = (26,8 %)
Décédées	49 = (26,4 %)

RIST :

Améliorées ou stationnaires	: 9 = (23,6 %)
Aggravées	17 = (44,7 %)
Décédées	12 = (31,5 %)

Le désaccord devient plus grand encore pour les 90 cas de Rist où le début clinique de la tuberculose avait coïncidé avec le début de la gestation ou s'était produit au cours de la gestation, à son terme ou dans le post partum.

1) Tuberculose ayant débuté dans les trois premiers mois de la gestation : 17 cas.

a) Décédées	11 (64,7 %)	$a + b = 17$ (100 %)
b) Très graves, perdues de vue	6 (35,2 %)	

2) Tuberculose ayant débuté dans les six derniers mois de la gestation : 15 cas.

a) Décédées	8 (53,3 %)	} a + b = 12 (80 %)
b) Très graves, perdues de vue	4 (26,6 %)	
c) Incurables, stabilisées	2	
e) Bénigne, discrète	1	

3) Tuberculose ayant débuté aussitôt après l'accouchement : 40 cas.

a) Décédées	14 (35 %)	} a + b = 20 (50 %)
b) Très graves, perdues de vue	6 (15 %)	
c) Incurables stabilisées	16	
d) Bénignes, discrètes	4	

4) Tuberculose ayant débuté au cours de l'allaitement : 18 cas.

a) Décédées	5 (27,7 %)	} a + b = 13 (72,2 %)
b) Très graves, perdues de vue	8 (44,4 %)	
c) Incurables stabilisées	3	
d) Bénignes discrètes	2	

« Le chiffre global des décès sur nos 90 cas, dit Rist, est de 38, soit 42,2 %. Si l'on y ajoute le total de 24 malades très graves perdues de vue et dont la plupart, sinon toutes, sont certainement décédées, nous avons 62 cas, soit 68,8 %. On remarquera que plus le début clinique de la tuberculose est rapproché du début de la gestation, plus le pronostic est sévère. Mais, de toute manière, l'éclosion d'une tuberculose chez une gestante est un évènement fort sérieux, et les tuberculoses survenant dans ces conditions évoluent plus rapidement et plus fatalement que lorsque le facteur gravidique est absent. »

Ainsi Rist s'opposait nettement à Forsner.

Une cause d'erreur (peut-être plusieurs) devait exister,

déterminant l'écart incompréhensible des deux statistiques : c'est par l'étude détaillée du travail de Forsner d'une part, et les 138 observations de notre Maître, d'autre part, que nous allons essayer de la découvrir.

Dans le rapport et la statistique de M. Forsner, il ne s'agit que de femmes examinées à leur sortie de la Maternité, *quelques jours après* l'accouchement et depuis suivies un ou deux ans.

Dans ce groupe se trouvent donc :

- a) Les tuberculoses antérieures à la grossesse.
- b) Les tuberculoses déclanchées par la grossesse, subdivisées en deux classes :
 - 1) Les tuberculoses débutant en même temps que débute la grossesse;
 - 2) Les tuberculoses débutant en cours de grossesse.

c) Les tuberculoses post-puerpérales, un certain nombre du moins, les cas déclarés presque immédiatement après l'accouchement. (Forsner ne tiendra pas compte des cas d'affection plus tardive quelques semaines après l'accouchement ni de toutes les tuberculoses provoquées par l'allaitement. Pas davantage il ne tiendra compte des cas décédés durant la grossesse ni des cas s'aggravant en cours seulement de celle-ci : un certain nombre d'entre eux peut prendre, après l'accouchement, une évolution lente, voire même se stabiliser, qui n'en serait pas moins à inscrire à charge de la gravidité.

Pour avoir toute sa valeur, la statistique ne devrait porter que sur les « tuberculoses antérieures à la grossesse » ayant été suivies de la date de l'arrêt des règles jusqu'à un an après la fécondation et non pas seulement après l'accouchement. Néanmoins, comme il est classiquement admis que c'est surtout le post partum qui est redoutable pour les tuberculoses, le rapport prend une grande valeur et l'on conçoit l'étonnement des phisiologues et accoucheurs à la lecture d'une telle statistique.

Sans avoir aucunement la prétention d'attaquer le gros travail de Forsner, nous voudrions cependant essayer, par l'étude de tous les cas semblables d'abord trouvés au dispensaire Léon Bourgeois puis suivis en salle à Laënnec chez M. Rist, d'en diminuer l'optimisme qui semble avoir été exagéré. Nous resterons sur le terrain statistique et ne ferons ni choix ni étude particulière sur des cas isolés : nous considérerons *toutes* les malades hospitalisées et ayant présenté une grossesse.

Des deux derniers tableaux de Forsner, nous ne considérons que le tableau III, le seul où ont été groupées toutes les femmes ayant présenté au moins une fois, au cours de l'année d'examen, des bacilles dans leurs crachats.

Le tableau II dressé en dehors du critère bactériologique n'a pas beaucoup de valeur.

Nous étudierons le premier groupe du tableau III, le groupe suivi une année seulement comme devant marquer plus évidemment le rôle de la grossesse comme cause d'aggravation. (Au delà d'un an l'effet d'une grossesse est plus improbable).

Considérant parmi ces cas les formes localisées stade I de Turban, pour les opposer aux stade I du tableau I (qui n'étudie que les tuberculoses sans rapport aucun avec une grossesse) un

faible écart d'aggravation apparaît : 29 % — 25 % d'aggravation.

Mais puisqu'il s'agit de formes localisées à moins d'un lobe, nous devons trouver dans ce groupe :

- A {
 - a) Les lésions scléreuses localisées antérieures à la grossesse.
 - a') Les lésions ulcéro-caséuses localisées antérieures à la grossesse.

- B {
 - b) Les lésions scléreuses débutant à l'occasion du cours d'une grossesse.
 - b') Les lésions ulcéro-caséuses débutant à l'occasion du cours d'une grossesse.

- C {
 - c) Les lésions scléreuses débutant immédiatement après la délivrance.
 - c') Les lésions ulcéro-caséuses débutant immédiatement après la délivrance.

Qu'elle soit scléreuse, torpide, stable ou ulcéro-caséuse évolutive, toute tuberculose du groupe B et C doit être portée à la charge de l'association « *tuberculose et grossesse* ».

Y en a-t-il beaucoup ?

Du groupe A il est classiquement admis que les formes du sous-groupe *a*, formes fibreuses, sont peu influencées par la grossesse.

Seules les formes du sous-groupe *b*, forme ulcéro-caséuse, nous intéresseront donc.

Ces formes ne sont-elles réellement pas aggravées ?

Pour répondre à ces questions nous avons étudié *tous* les cas d'association tuberculo-gravidique qui ont été hospitalisés dans les salles de M. Rist. (Aucune malade n'ayant été admise dans son service sans avoir passé par le dispensaire). Mais pour ne considérer, parmi les 137 cas que M. Rist nous a fournis, que ceux qui, dans la situation très particulière d'examen de Forsner, auraient pu être pris en observation, nous avons été obligé de faire une considérable élimination de cas où l'aggravation de la tuberculose était pourtant indiscutable.

1) Cas que Forsner *ne pouvait observer* :

a) Mort durant grossesse;

b) Tuberculose déclarée à l'allaitement (18 cas);

c) Tuberculose déclarée après quelques semaines après les couches (nous ne comprenons que les cas qui, déclarés sitôt après l'accouchement, auraient pu être diagnostiqués par Forsner).

2) Cas où l'observation prise ultérieurement ne permet pas de retrouver assez certainement le degré des lésions après l'accouchement.

3) Cas non suivis.

4) Cas où un Pneumothax a modifié l'évolution de l'affection.

Il ne nous reste que 40 cas (près de moitié de Forsner qui donne 88 cas) répondant exactement à la double condition :
STADE I, APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Sur ces 40 cas représentant la moitié du nombre donné par Forsner, nous pouvons nous faire une idée assez juste des cas fournis par ce dernier :

Réellement	{	Stables	10
	{	Aggravées mais restant au stade I....	18

Tub. antérieure	{	2 passés au stade III (Obs. 6 et 24)
à grossesse = 5		1 passé au stade II (Obs. 3)
		2 morts (Obs. 1 et 4)

+ 7 (7 tuberculoses post partum à évolution grave)

Ce résultat n'est nullement en désaccord avec celui de Forsner à condition de considérer de part et d'autre la somme des stades I stables + les stades I aggravés mais restés à ce stade I.

M. Forsner donne	$\frac{69}{88} = 78 \%$	de stables ou peu aggravés
------------------	-------------------------	-------------------------------

Les observations de Rist donnent	$\frac{28}{40} = 70 \%$
----------------------------------	-------------------------

L'écart (d'ailleurs assez faible) des deux statistiques s'explique par le fait que Rist examinait des malades de dispensaires hospitalisées pour des signes pulmonaires alors que Forsner a examiné des femmes sortant de Maternités, beaucoup nullement inquiétées de leur état pulmonaire.

Cette relative concordance suffit à prouver qu'il s'agit bien de formes à peu près semblables dans les deux statistiques et que l'on peut arriver à se faire une idée de l'une d'après l'étude de l'autre.

Or, voici le détail de nos 40 observations :

6 femmes avaient vu débiter leur tuberculose *en cours* de grossesse (observations 19, 20, 21, 22, 23, 24 de notre fichier). Un seul cas (obs. 24) a été compté dans les cas d'aggravation : il reste donc encore 5 femmes à retrancher du nombre des cas heureux : ces cas ne peuvent logiquement compter en faveur de l'association, quand bien même les lésions se soient stabilisées après l'accouchement.

13 avaient éclaté immédiatement après l'accouchement (6 formes torpides, 7 formes graves).

Si les 7 formes graves sont notées ailleurs comme cas aggravés, il nous reste à retrancher pour la même raison que ci-dessus *les 6 formes torpides* :

$$\frac{28 - 11 = 17}{40} = 42 \% \text{ devient le pourcentage favorable}$$

De ces 17 stables ou peu aggravés nous devons en retirer encore 3 dont l'aggravation est trop importante pour rester dans le stade I ordinaire, bien que la lésion soit restée unilobaire : Obs. 5 et 8 et 19 : trois cas où la survenue de la grossesse a déclenché une poussée évolutive qui a creusé deux cavernes dans le sommet antérieurement peu atteint.

Il est probable que ces cas sont le type de ceux que Forsner considère comme « stade I aggravé » : 7 cas sur 88 est son pourcentage; 3 cas sur 40 est le nôtre. La concordance est parfaite.

Restant parallèle à la statistique Forsner, nos chiffres donnent :

$$\frac{17 - 3 = 14}{40} = 35 \% \text{ de favorable}$$

et non plus

$$\frac{69 - 7}{88} = 71 \% \text{ de Forsner}$$

et nous avons encore éliminé un certain nombre de cas où l'influence fâcheuse de la grossesse sur la tuberculose était manifeste (voir plus haut les cas que Forsner ne pouvait observer). Et ce n'est pas tout : que sont, en effet, réellement nos *14 cas heureux* ?

Dans 5, nous trouvons encore une *certaine aggravation* : C'est ici seulement que s'arrête notre parallèle avec la statistique Forsner. Les cas du dispensaire Léon Bourgeois sont-ils plus évolutifs que ceux de la Maternité de Stockholm ? Cela est vraisemblable par le fait que Rist a examiné des malades du poumon et non systématiquement des femmes sortant de couches.

La cause d'erreur pourrait peut-être aussi venir du fait qui nous a poussé tout à l'heure à considérer dans le même groupe les formes réellement stables et celles non-sérieusement aggravées : ces dernières aux limites mal définies, aux aggravations seulement passagères, peuvent servir à l'appui de thèses contraires.

Voici toujours les 5 cas que nous croyons pouvoir considérer comme des aggravations :

Obs. 7 (Sar... Marie). — Forme fibreuse à évolution torpide avant la grossesse : simple toux et fatigue depuis 1916, mais très bien supportée. Après la grossesse (accouche Juillet 1919) se sent fatiguée, toux augmente, sueurs nocturnes. Hémoptisie en Janvier 1920. Se met à travailler. Aggravation croît. En Septembre 1920 « sommet gauche assombri, mie de pain sous-claviculaire. »

Obs. 9 bis (Tis... Gabrielle). — Grossesse en Novembre 1921, bien supportée. Allaité. Octobre 1922, début de deuxième grossesse. Au 5^e mois se sent plus fatiguée, vient consulter. Toux fréquente, douleur thoracique. Craquement au sommet droit. Accouche 17 Juillet. Le 22 Juillet, crise de dyspnée avec point de côté thorax gauche. Ponction ramène quelques cm³ de

liquide louche. Amaigrissement de 3 kg. et fièvre du 26 Juillet au 26 Août. Ensuite amélioration et reprise de poids.

Obs. 10 Mas... Marie). — Tuberculose Février 1915 (?) Accouche Octobre 1922 : stade I stable. Trois jours après accouchement, apparition d'une pleurésie. Cinq mois après, en excellent état, a engraisé mais les lésions se sont bilatéralisées insidieusement, la malade est de nouveau enceinte.

(Cette malade devait mourir 10 mois après le 2^e accouchement).

Obs. 12 (H... Lucie). — Syphilis ancienne. En 1918, hémoptisie. Grossesse en 1919, touse et crache pendant sa grossesse, Après accouchement quelques crachats de sang. Vue cinq ans après : forme torpide.

Obs. 13 (Lot...). — Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire de l'enfance. Après accouchement, poussée ganglionnaire puis amélioration rapide. Inoculation positive. Suivie cinq mois après accouchement.

Restent 9 cas réellement stables sur 40 :

Obs. 2, 9, 14, 15, 16, 17, 18a, 18b, 18c. Pourcentage = 22 %.

Or, toutes ces formes sont fibreuses et l'une a compté pour trois. (3 grossesses heureuses successives).

Tel est pour 40 cas au stade I, tels que les considère Forsner, les remarques que l'on peut faire.

Considérons maintenant les *cas de stade II* donnés par Forsner :

39 % d'aggravation s'il existe une grossesse antérieure;

27 % d'aggravation s'il n'existe pas d'antécédent de grossesse.

L'écart devient assez net et l'on doit encore remarquer que cette statistique, faite dans des conditions particulières, porte sur :

1°) Des stades II ayant franchi sans grande aggravation les 9 mois de grossesse (minorité résistante).

2°) Mais aussi sur des stades II *aggravés* par grossesse, les unes passées du stade I au stade II, les autres déclanchées par la grossesse et arrivées au stade II lors de l'accouchement, les autres, enfin, du stade II ancien aggravés par grossesse mais encore anatomiquement au stade II après l'accouchement.

Tout ce groupe (2) devrait être compté à la charge de l'association quelle que soit l'évolution ultérieure après l'accouchement, des cas évolutifs ou torpides qu'il contient, ce que ne peut pas faire Forsner dans les conditions spéciales d'examen que sont les siennes : *l'examen post-partum*.

Quant au Stade III, l'on trouve :

65 % d'aggravation chez les mères tuberculeuses;

57 % chez les femmes qui n'ont pas d'antécédent de grossesse.

Dans ces deux groupes il s'est agi plusieurs fois de moribondes, dit Forsner, évidemment des cas extrêmement graves. Y a-t-il beaucoup de femmes tuberculeuses qui arrivent en cet état au delà du terme sans que la grossesse ait, de façon évidente, très fâcheusement aggravé l'état pulmonaire ?

N'y aurait-il pas aussi de ces « stades III » qui ne remonteraient pas comme début au-delà des dernières règles ? Rist in-

siste en effet particulièrement sur la rapidité d'évolution des tuberculoses gravidiques. En d'autres termes, même dans ce groupe de lésion avancée, n'y a-t-il pas un nombre considérables de formes qui ont commencé au cours de la grossesse et qui doivent être toujours considérées comme cas d'aggravation quelle que soit l'évolution post partum.

Pour ces stades II et III, nous ne pourrions répondre par des chiffres à toutes les questions ainsi posées, mais, si nous considérons groupées ces cas stade II et stade III sous le nom de « formes étendues, stade avancé » nous trouvons dans les observations de M. Rist 26 cas très nettement de ce type après l'accouchement, par conséquent, dans les conditions d'examen de Forsner. (Nous verrons plus loin que nous pourrions considérer 8 cas en plus et même porter notre statistique sur plus de 40 observations sans modifier notablement nos conclusions).

Si peu de cas ne permettent pas de dresser une statistique, mais ces observations vont nous permettre pourtant de faire quelques remarques.

A) Sur ces 26 femmes, un seul cas stable

3 cas aggravés restent au stade III
les 22 autres sont mortes ou in extremis
dans l'année qui suit l'accouchement.

Cet écart d'avec Forsner s'explique-t-il suffisamment par le fait du milieu différent qu'examinaient Forsner et Rist ? On ne peut en douter.

B) En effet, si on essaye de se rapprocher de la statistique de Forsner on peut admettre que ces 25 cas auraient été rangés par lui dans le groupe des « aggravées ». Mais sur ces 25 cas, 17 ne remontent pas comme début au-delà des dernières règles.

Autrement dit, 17 de ces cas ont été déclanchés, révélés par la grossesse. Donc on peut penser que sur le nombre des cas d'aggravation donné par Forsner, 17/25^{es} de ces cas sont de date récente, ont été déclanchés, relevés par la grossesse.

Et, si notre raisonnement est jute, on doit arriver à la conclusion invraisemblable que seul 8/25^{es} de l'aggravation donnée par Forsner doit être retenu comme coefficient réel d'aggravation de tous les autres nombreux cas de tuberculose non déclanchée, non relevée par la grossesse (mais antérieure à elle).

En additionnant les stades II et III de Forsner son pourcentage d'aggravation est de $\frac{57}{115} = 50 \%$.

Sur ces 57 cas aggravés $57 \times \frac{8}{25} = 18$ cas seulement sont à retenir.

Les 39 autres cas ont pu être déclanchés par la grossesse.

Donc 18 cas d'aggravation pour (115 — 39 = 76) cas du tuberculose antérieure à grossesse et trouvés à un stade avancé (II ou III) après l'accouchement.

Le pourcentage d'aggravation tombe à $\frac{18}{76} = 23 \%$, alors que

les formes (stades II et III) suivies durant un an en dehors de toute grossesse donne du 43 % d'aggravation.

Le résultat est inadmissible.

D'où vient l'erreur ?

Peut-être du fait que pour n'opposer à Forsner que des cas exactement semblables à ses stades II et III après l'accouchement, nous avons été entraîné à éliminer un trop grand nombre de formes où la tuberculose existait avant la grossesse ? Nous faussions ainsi le rapport qui existe entre le nombre des tuberculoses gravidiques et le nombre des tuberculoses antérieures à

la gestation : en portant plus nos éliminations sur la dénomination (tuberculose antérieure à la grossesse) que sur le numérateur (tuberculose gravidique). (Ces sortes d'élimination sont la cause des erreurs habituelles des statistiques). Pour l'éviter nous avons revu les 38 observations du service Rist (tuberculose antérieure à grossesse). Elles se répartissent ainsi : 19 ont été classées comme stade I ; nous n'en pouvons classer sûrement que 9 dans les stades II et III : donc 10 cas éliminés dont il faut rendre compte (en réalité nous en trouvons 13 car certains cas peuvent compter double) :

- 1 cas de mort par tuberculose au 3^e mois d'une grossesse ;
- 2 Pneumothorax efficace ayant bien supporté la grossesse et ses suites ;
- 2 cas non bacillifère et très localisés.

Ces 5 cas sont nettement à éliminer :

Restent 8 cas sur lesquels on peut discuter :

- 1 cas de PA efficace bilatéralisé par grossesse (Obs. Brun...);
- 3 n'ont pas été suivis au-delà de leur grossesse ;
- 2 PA sans résultats favorables ;
- 2 cas où l'observation insuffisante ne permet pas de classification.

Si nous considérons ces 8 cas, notre stastitique porterait sur 33 cas et par les mêmes calculs que ci-dessus, nous trouverions comme réel coefficient, au lieu de 23 % d'aggravation des tuberculoses antérieures à grossesse, 32 %. Mais si nous faisons cette correction pour les tuberculoses antérieures à grossesse, nous pouvons faire la même en faveur des cas déclanchés par la grossesse : rappelant ainsi au moins 5 cas éliminés, nous abaissons le pourcentage de cette aggravation des tuberculoses antérieures à grossesse à 29 % (nous trouvons 23 % tout à l'heure).

Et nous avons considéré 38 cas du type de ceux observés par Forsner (stade II et stade III) dont l'aggravation se poursuit au-delà de la grossesse. Forsner ne donne que 57 cas du même type.

Les constatations que nous avons faites sur nos 38 cas resteraient vraisemblablement les mêmes si nous considérions réellement les 57 cas de Forsner. Nous pouvons donc *réellement* penser que 29 % (ou 23 %) est bien le *réel* pourcentage d'aggravation des cas de Forsner antérieurs à la grossesse et trouvés à un stade avancé après l'accouchement.

Le pourcentage d'aggravation du tableau I (tub. non compliquée de grossesse) est de 43 %. Cet écart invraisemblable n'admet qu'une seule explication : M. Forsner a été entraîné à considérer un très grand nombre de cas fibreux, peut-être bacillaires de loin en loin, mais pas pour si peu « évolutifs » ce qui a considérablement amélioré le pourcentage.

De cette erreur, la classification en « stade » à la Turban est la vraie cause puisqu'elle permet de grouper tout le même titre (« stade II » en particulier) des tuberculoses de types trop différents, formes scléreuses un peu étendues et formes cavitaires bilatérales des sommets.

Forsner a pu ainsi compter un grand nombre de formes scléreuses un peu étendues et Rist ne lui oppose, dans le même groupe, presque ^{que} des formes cavitaires.

Nous retrouvons ici la nécessité de la classification des formes comme nous l'avons faite plus haut. Et nous gardons nos conclusions :

Formes fibreuses : peu d'aggravation.

Formes ulcéro caséeuses : considérable aggravation.

Nous restons ainsi à la conclusion d'une aggravation incontestable et considérable de la tuberculose pulmonaire évolutive par la grossesse. Quelques chiffres peuvent encore donner l'impression de l'importance, de la rapidité de cette aggravation. Sur les 145 cas de tuberculose évolutive de Pankow et Kupferlé (23 ayant débuté avec la grossesse), on trouve que 90 % des lésions à leur début furent observées avant le 4^e mois (37 formes au début seulement furent observées après le 4^e mois.) La fréquence après 4 mois de lésions étendues fait penser que les lésions se sont aggravées depuis le début de la grossesse. Sur 37 cas suivis, il y eut 21 décès durant les cinq années suivantes. Couvelaire donne un chiffre également impressionnant de mortalité. A la société d'Obstétrique 1923, à propos de la mortalité des enfants, il est amené à parler de 63 mères tuberculeuses : 24 sont mortes dans l'année.

Bar, dans sa conférence à Madrid, dit que sur ses 400 femmes tuberculeuses, 55 sont mortes à la Maternité dans le mois qui suivit l'accouchement.

« Je n'exagère certainement pas, ajoute Bar, à l'Académie de Médecine, en disant que le chiffre des morts eut dépassé 100, si j'avais chargé cette statistique des femmes qui ont quitté le service pour aller mourir chez elles. C'est ainsi qu'Essen Möller, qui a pu suivre 18 mois ses femmes, trouve 30 % de mortalité *après la délivrance*. »

Sur les 38 observations Rist de tuberculose antérieure à grossesse, 11 sont mortes dans les deux années qui suivirent les couches : voici les dates de morts de 7 prises sur ces 11 :

9 mois, 6, 5, 3, 1 mois 1/2, 8 jours, 2 jours.

Dans la thèse Danthier, on trouve 6 formes ulcéro caséuses :

pour toutes il y eut nouvelle aggravation post partum et mort le 45^e jour, 15^e, 16^e 30^e, 31^e, 38^e jour.

Dans la thèse Magnette (Lyon 1908) sur 65 observations rapportées, relevons 12 morts post partum dont :

4 de Granulie (2^e j., 5^e j., 13^e j., 17^e j.)

4 de Broncho-pneumonie (20^e j., 20^e j., 5^e j., 2^e j.)

3 de Pneumonie caséuse (10^e j., 12^e j., 36^e j.)

Ces cas de morts sont évidemment pris dans un ensemble de formes très graves, mais si l'on veut bien considérer que ce n'est pas une tuberculose cachectique qui s'expose à une grossesse, ces chiffres gardent une certaine valeur pour montrer la rapidité de l'aggravation.

Une autre preuve de l'action néfaste de la grossesse sur la phthisie est donnée par la fréquence avec laquelle la tuberculose se déclare chez la femme enceinte jusqu'alors apparemment bien portante, par la fréquence avec laquelle on trouve une grossesse à l'origine d'une tuberculose pulmonaire chez les jeunes femmes.

Léon Bernard considère que sur 327 observations de femmes tuberculeuses dont 166 présentaient l'^{association d.} occasion avec une grossesse, 55 ont vu leur tuberculose débiter à l'occasion de la grossesse (statistique 1923).

Dans une autre tranche statistique rapportée par Léon Bernard en 1921, sur 164 femmes ayant présenté l'association, 31 avaient des antécédents de gestation ou d'accouchement. ^{a. L. p.}

Sur 138 observations de Rist de même type, 75 femmes rattachaient le début de leur tuberculose à une grossesse, aux suites de couches, ou à un allaitement (rapport à Lausanne 1924).

Dans sa communication de Mars 1921, à la Société d'Obstétrique, Rist rapportait déjà 22 tuberculoses ayant débuté avec la grossesse, au cours de celle-ci ou durant le post partum.

Dans thèse Sakka Ali (Paris 1918. Hôpital Boucicaut, Prof. Lepage) sur 37 tuberculoses associées à grossesse, 15 avaient débuté avec elle, 5 au milieu, 1 à la fin de la grossesse.

Pankow et Kupferle, sur 145 cas, en trouvent 23 ayant débuté avec la grossesse.

Sergent constate dans sa clientèle de ville, sur 89 tuberculoses certaines (B. K. +) associées à grossesse, que dans 26 % de ses malades (23 cas) les premiers signes de tuberculose ont fait leur apparition moins de 10 mois après l'accouchement (17 en étaient à leur première grossesse).

Bar, sur 124 observations de tuberculose + grossesse, en trouve 38 où la tuberculose avait débuté en cours de grossesse.

Après ces constatations, il est réellement inadmissible d'admettre que la grossesse n'influe pas sur la tuberculose.

De plus tous les auteurs insistent sur la *gravité de ces formes gravidiques* : ce sont elles qui donnent le contingent le plus élevé de décès dans le plus bref délai, surtout les tuberculoses du début de la grossesse.

Sur 17 observations du service Rist, dont le début eut lieu au commencement d'une grossesse, 11 femmes sont mortes en moins de 2 ans, les 6 autres cas sont très graves. Sur 14 tuberculoses gravidiques des derniers mois, 7 sont mortes ou in extremis dans l'année qui suivit l'accouchement.

Bar, réunissant 124 observations de femmes chez lesquelles la tuberculose paraissait avoir débuté avec la grossesse, relevait indirectement ainsi la marche rapide de la plupart des cas : sur 18 secondis pares :

5 avait vu les accidents débiter à la première grossesse ;
13 avaient vu les accidents débiter à la seconde grossesse.

Sur 12 troisième pares, aucune ne faisait plus remonter le début des accidents à la première grossesse.

Paul Dubois disait déjà : « Si une femme tuberculeuse se marie, elle pourra bien résister à son premier accouchement, difficilement à un second, jamais à un troisième. » Cette règle reconnaît pourtant quelques exceptions : nous en trouvons un bel exemple dans le *cas J...don* du dispensaire Léon Bourgeois, qui déclara sa tuberculose lors de sa dixième grossesse mais supporta ensuite admirablement deux nouvelles grossesses les années suivantes.

Dans le même ordre d'idées que Paul Dubois, Léon Bernard trouve 43 primipares pour 29 multipares dans ses cas d'aggravation, résultat qu'il interprète un peu différemment que Paul Dubois. « Les femmes qui sont destinées à voir la tuberculose affirmée ou provoquée par la gravidité ou l'accouchement, courent ce risque, dit-il, dès leur première grossesse : rien ne met mieux en lumière la valeur en quelque sorte spécifique de ce risque. »

Pour terminer ce long chapitre, il faut signaler l'opinion généralement admise par les phthisiologues comme par les accoucheurs, que la date la plus habituelle de l'aggravation, le moment le plus critique, se trouve dans les derniers mois de la grossesse et surtout lors du post partum immédiat. C'est l'avis du moins de Tarnier, Siredey, Bar, Sergent, Chatillon, Tecon (sur 19 malades de Tecon, au cours de grossesse : aggravation = 27 % ; dans les suites de couches = 62 %). « Tolérance relative au début, accalmie au milieu, aggravation pendant le dernier

tiers, surtout manifeste après l'accouchement » tels étaient les conclusions du Congrès de Rome, 1912.

Cependant Léon Bernard croit que « les femmes qui présentent des manifestations actives ou récentes de tuberculose, n'attendent pas en général l'accouchement pour voir leur tuberculose s'aggraver. Au contraire, les femmes qui ne présentent pas, avant d'être enceintes, de manifestation de tuberculose, ont plus de chance de résister à la gestation et c'est, celle-ci terminée, la puerperalite qui risque le plus de déclancher l'évolution tuberculeuse laquelle débute un temps plus ou moins long après l'accouchement ».

Mais si nous en croyons les observations de Rist, sur 75 tuberculoses déclarées durant la grossesse ou ses suites, 31 ont débuté durant la gestation dont 17 dans les trois premiers mois.

Quelles pathogénies a-t-on proposées pour expliquer une action aussi nettement néfaste de la grossesse sur la tuberculose ?

Aucune de celles que l'on a données n'est évidemment suffisante, certaine, constante, mais toutes ont vraisemblablement, dans la majorité des cas, un rôle plus ou moins important :

I. — Rôle de la décalcification

Cette étiologie est peu discutable : il est un amusant dicton populaire qui veut que chaque grossesse coûte une dent à la femme. Par la même raison de la décalcification maternelle au profit de l'ossification du fœtus, s'explique l'aggravation ou le réveil des lésions en voie de se cicatriser, de s'enkyster.

Bar, dessinant la courbe des lésions du fœtus en sel de calcium, montre qu'elle est suivie par la courbe de l'aggravation.

Jusqu'au quatrième mois l'enfant a relativement peu besoin de chaux, 0 gr. 005 par jour : « tolérance relative du début », disait le Congrès de Rome 1912.

Au-delà la calcification maternelle croît en même temps que grandit le squelette de l'enfant : le besoin de celui-ci en calcium devient 15 fois plus fort. Dans les derniers mois elle est chaque jour plus de 100 fois plus forte qu'au début (0 gr. 70) : Pour Bar et Sergent et beaucoup d'autres, l'aggravation se fait surtout en fin de grossesse.

2°) D'autres causes ont été invoquées particulièrement pour expliquer les aggravations du début de grossesse. On ne peut ainsi s'empêcher de remarquer que les trois premiers mois de la parturition sont précisément ceux où les signes « sympathiques » de grossesse sont les plus nets ; c'est l'époque des vertiges, des vomissements, des syncopes. Le rôle de l'*Insuffisance surrénale* défendu par Sergent semble devoir s'appliquer plus spécialement à ces cas.

3°) L'*intoxication gravidique* joue pour la tuberculose vraisemblablement le rôle qu'elle a dans la plupart des maladies infectieuses survenues en cours de grossesse, et nous abordons la grosse question de l'*anergie gravidique*. Étudiée pour la tuberculose grâce à l'endo dermo réaction à la tuberculine par Stern, puis par Bar et Devraigne, plus récemment par Nobécourt et Paraf, l'« anergie gravidique » ferait à elle seule le sujet d'un important travail. Mais si nous ne pouvons entrer dans ce problème, il est difficile de n'en pas dire quelques mots. Stern, sur 105 femmes non gravides, trouve 65 % de réactions positives.

Pour les femmes enceintes, son pourcentage de réaction posi-

tives tombe à moins de la moitié de la normale en fin de grossesse pour remonter au taux normal en moins de 8 jours après l'accouchement.

Pour expliquer ce résultat et en montrer l'intérêt pronostic, Stern écrit qu'il pense que les lipoïdes, qui sont accrus chez la femme enceinte, acquièrent la propriété d'attirer et de fixer les anticorps. Par suite de cette diminution de anticorps, la réaction à la tuberculine manque dès lors plus souvent ou paraît très atténuée, et par ailleurs la femme enceinte se trouve en état de moindre résistance devant l'infection tuberculeuse. Par la valeur de l'endo dermo réaction (ou de la cuti réaction) on peut ainsi mesurer la force de résistance de l'organisme de la femme. Bar et Devraigne, reprenant ces expériences, arrivent à des conclusions en partie semblables.

I. *Chez la femme enceinte bien portante en apparence et n'ayant pas de passé tuberculeux, on observe au 9^e mois de la grossesse un abaissement sensible dans la proportion des réactions à la tuberculine.*

II. Cette proportion de réactions positives du 9^e mois est généralement inférieure à la normale.

III. Cet écart de proportion est variable, pouvant atteindre au maximum 24 %.

IV. Pendant le post partum, il paraît y avoir encore une diminution dans la sensibilité des femmes à la tuberculine : les maxima s'observent du 4^e au 10^e jour. La diminution de la sensibilité semble disparaître après le 10^e jour.

Pour les femmes enceintes tuberculeuses.

I. Chez celles dont les lésions ne s'aggravent pas, la propor-

tion des réactions positives et intenses reste élevée à la fin de la grossesse, et supérieure à la proportion normale des femmes sans antécédents de tuberculose, ce qui s'explique par le fait que ces femmes ont fabriqué des anticorps plus nombreux pour se défendre contre leur tuberculose.

II. Pendant le post partum, chez ces femmes tuberculeuses ou anciennes tuberculeuses ne s'aggravant pas, la diminution porte du 4^e au 10^e jour mais cette diminution est moindre que chez la femme saine en apparence.

Bar et Devraigne concluent au point de vue pathogénique, qu'il semble qu'il existe, au moins pendant le dernier mois de la grossesse, une diminution dans la puissance des anticorps et que cette diminution soit surtout marquée pendant les jours qui suivent l'accouchement. Ce fait expliquerait la fréquence d'aggravation rapide de la tuberculose à la même époque.

Nous verrons plus loin quelle confiance on peut placer dans la valeur pronostic de ces réactions humérales.

5) A cette cause de l'aggravation post partum que Bar place au premier rang, il ajoute la possibilité de *libération de toxines*, sinon de bacilles, au moment de l'accouchement par brassage du placenta. Cette cause est rare à côté de la précédente, dit-il.

6) Un rôle dans le fléchissement de l'organisme doit être réservé au « choc opératoire » de l'accouchement qui agit par perte de sang et par fatigue générale.

7) Une cause purement physique de découverte récente mérite d'être rapportée. L'aggravation post partum serait déclanchée par la brusque diminution de volume de l'utérus suivie de son involution progressive. La respiration diaphragmatique reprend dans toute son amplitude et l'accouchement agit ainsi

à la façon de la résorption inattendue et brutale d'un pneumothorax artificiel : L'aggravation, un moment suspendue, reprend plus grande et il y a brusque extension de lésions des sommets aux bases pulmonaires.

D'autres pathogénies ont encore été données de l'anergie comme de l'aggravation de la tuberculose. Selon les auteurs on voit accuser :

L'intoxication gravidique et le rôle défectueux des émonctoires ;

La glycémie gravidique favorisant la tuberculose comme le diabète ;

La déficience hépatique dans son rapport avec l'allergie (travaux de Chauffard-Fiessinger et Brodin) ;

L'hyperfonctionnement du corps thyroïde pour Couland (surtout lors du post partum hyperfectionnement que l'on peut en partie limiter en faisant de l'opothérapie ovarienne à la femme ce qui mettrait le corps thyroïde au repos) ;

Le corps jaune de l'ovaire ;

Le placenta, etc...

Mais en dehors de toutes ces raisons scientifiques, on ne doit pas oublier de donner place aux plus simples raisons sociales, à la fatigue, au surmenage, aux soucis qu'apportent une grossesse, causes d'autant moins négligeables que, lorsque leur suppression a été obtenue par l'hospitalisation, la cure sanatoriale, le repos et le bien-être, l'on peut constater dans beaucoup de cas une notable amélioration de l'état de la malade.

La question de l'allaitement

A ce problème de l'aggravation de la tuberculose par la grossesse et ses suites se rattache le rôle de l'allaitement.

Pidoux et Sabourin basèrent leur optimisme sur la raison qu'une nourrice, généralement pas réglée, ne doit pas être de ce fait exposée à une poussée de tuberculose catameniale.

Mais l'évidence du contraire ne tarda pas à s'imposer. Variot voit dans la tuberculose un obstacle absolu à l'allaitement. Tous les auteurs actuels partagent cette opinion, l'allaitement était apparu période extrêmement critique pour la tuberculeuse par les fatigues de tous ordres qu'elle impose à la mère comme par ses modifications endocriniennes. Pourtant Pinard, Nodecourt, Paraf, Léon Bernard permettent l'allaitement si la lésion est certainement guérie : tous les autres auteurs se refusent à cette concession par crainte d'un réveil de la tuberculose.

Léon Bernard, sur 27 femmes chez lesquelles la tuberculose a débuté ou s'est aggravée après l'accouchement, trouve 18 femmes allaitant, 3 n'allaitant pas (pas de renseignements précis sur les autres).

Rist rapporte 18 cas de tuberculose en général graves débutant en cours de l'allaitement, cela sur 138 observations d'association de tuberculose et grossesse, cela sur 58 cas de tuberculose débutant après l'accouchement.

Etudier plus longuement le problème nous entraînerait trop loin de notre sujet : trouvons seulement ici encore un argument pour le « dogme » de l'aggravation.

CHAPITRE III

Les Essais thérapeutiques

La tuberculose, dans ses formes ulcéro caséeuses du moins s'aggrave selon un pourcentage considérable de cas, par la survenue d'une grossesse. Quelques exceptions ne changeront rien à cette règle : Dumarest rapporte ainsi (Obs. IX de l'article de Dumarest et Brette) le cas d'une cavitaire in extremis qui supporte avec bénéfice provisoire une grossesse.

Kuss apporte également un cas (Obs. I) favorable par l'« heureuse symbiose harmonique », exceptionnelle dans de telle circonstance, alors qu'elle est de règle chez la femme saine pour laquelle la grossesse est une période de meilleure santé évidente.

Sergent parle d'un autre cas heureux ; Houet et Jahier, un autre à la réunion d'Ostétrique et de Gyconologie d'Alger 1923. Nous pourrions nous-même en présenter deux beaux cas pris dans les dossiers de M. Rist.

Ce sont ces cas qui composent les 15 à 20 % de non-aggravation, de même qu'il existe un certain nombre de formes fibreuses où la grossesse a déterminé une évolution ulcéro-caséeuse. (Kuss en rapporte trois cas (Obs. II, III et IV). Nous avons signalé trois cas d'aggravation sur 11 f.

fibreuses prises parmi celles du dispensaire Léon Bourgeois.)

Il n'en reste pas moins certain qu'il faut compter plus de 80 % d'aggravation lorsqu'on isole les formes ulcéro-caséuses.

Dans l'évolution d'une affection telle que la tuberculose, l'aggravation signifie souvent la mort.

Rist est allé jusqu'à dire qu'« en pratique toute tuberculeuse qui devient gravide ou toute gestate chez laquelle se déclanche la tuberculose est menacée de mort à bref délai ».

Alors... en présence d'une tuberculose évolutive, mais à une étape vraisemblablement curable, au début d'une grossesse, peut-on ne rien faire, laisser se succéder les faits dans la belle attitude de « l'expectation armée », seulement prêt à vider l'utérus d'une mère agonisante pour obtenir un nourrisson vivant ? Cette conduite devrait n'être admissible que devant le fait établi d'une tuberculose incurable avec une grossesse près de l'époque de la viabilité du fœtus.

Mais, autrement, que peut-on tenter ?

Une solution simpliste s'est présentée évidemment la première : « *Sublata causa tollitur effectus* ».

Aujourd'hui cette solution héroïque doit être la dernière à envisager : d'autres moyens thérapeutiques se présentent en premier lieu :

Le traitement médical ;

La cure sanatoriale ;

Le pneumothorax artificiel.

A. — Le Traitement médical

Sur le traitement médical isolé nous n'insisterons pas : la seule médication phosphaté calcique (par exemple), même associée à l'apohothérapie surrénale pour faciliter la fixation des sels de chaux, compte trop de douloureux échecs pour être considéré autrement que comme adjuvant à d'autres thérapeutiques plus énergiques. Mais cet adjuvant ne doit en aucun cas être négligé : il augmente toujours en quelque mesure les chances de salut de la malade. Il facilite la cicatrisation des lésions peu évolutives ; il prolonge la survie des femmes les plus atteintes.

Il reste enfin le seul traitement toujours possible lorsqu'il faut renoncer aux grands moyens que nous étudions maintenant.

B. — La Cure Sanatoriale

Il n'existe pas encore à l'heure actuelle de sanatorium pour tuberculeuses enceintes. En 1912, Alexandrow réclamait la création de sanatoria d'Etat et l'assistance de la société pour venir en aide aux femmes enceintes tuberculeuses indigentes. De même Méry en 1914, au Conseil municipal de Paris, demandait que pendant la grossesse l'assistance à femme enceinte atteinte ou menacée de tuberculose fut réalisée sous des formes diverses, secours, asile de grossesse, etc..., et que son admission dans les asiles actuellement difficile à cause de sa maladie, fut au contraire facilitée dès les premiers mois de la gestation.

Les actes en sont restés là et les femmes tuberculeuses

enceintes qui ont trouvé un lit dans les sanatoria déjà montés constituent une trop petite minorité de privilégiées.

Sur ce petit nombre il ne peut être dressé une bonne statistique particulière à opposer aux tuberculoses non traitées en sanatorium. Quelques remarques peuvent pourtant être faites : la statistique de Tecon de Leysin (qui ne porte, hélas, que sur 19 observations) ne donne que 27 % d'aggravation, 58 % des cas sont restés stationnaires, 16 % ont même été améliorés.

Ailleurs Dumarest (du sanatorium d'Hauteville) ne croit pas à une notable aggravation de la tuberculose : sans nier le « dogme », il reste optimiste.

L'étude des quelques cas qu'il a publiés avec Brette est, à ce point de vue du succès du sanatorium, particulièrement démonstrative.

Observations I. IV, V, VII et VIII. Cure avant grossesse.

Obs. I. — Forme fibro caséreuse ayant eu B. K. Cure sanatoriale et disparition des bacilles, engraissement de 11 kilos. En pleine voie de guérison, peut 2 ans après très bien supporter une grossesse.

Obs. IV. — Forme fibro caséreuse ayant eu B. K. Première cure sanatoriale avec disparition des bacilles. Engraissement de 6 kilos.

En pleine voie de guérison sinon guérie. 8 mois après, grossesse bien supportée.

Quatre mois après accouchement, une poussée fébrile et B. K. : Seconde cure, de nouveau en voie de guérison.

Et un an après, nouvelle grossesse bien supportée.

(L'état de cette femme s'est pourtant aggravé à la suite

de deux mois d'allaitement. Laryngite, adénite suppurée, lésions pulmonaires qui se bilatérissent.)

Obs. V. — Forme fibreuse. On n'a jamais trouvé de B. K. durant les deux cures qu'elle fit à Hauteville. Grossesse, aucun accident, au contraire des troubles gastro intestinaux anciens disparaissent. Reprise de 18 kilos. Allaitement et surmenage. Huit jours après retour de couches, poussée évolutive avec hémoptisie et B. K.

Actuellement guérie.

Obs. VII. — Forme fibro ulcéreuse traitée 10 mois en sana. Amélioration très remarquable. Grossesse en fin de cure qui n'arrête pas l'amélioration. Accouchement normal et bonnes suites immédiates, mais trois mois après apparition d. quelques signes fonctionnels. Nouvelle cure.

Obs. VIII. — Forme fibreuse à hémoptisie cataméniale. Egalement grossesse en cours de cure qui ne suspend pas l'évolution régressive qui avait commencé avant elle.

Observations II et III. Cure faite pendant la grossesse

Obs. II. — Forme fibreuse non bacillifère. Au milieu de sa grossesse fait une cure sanatoriale de 4 mois : excellent résultat : engraissement. Accouche sans accident, allaite, mais trois mois et demi après l'accouchement, nous la retrouvons amaigrie de 4 kilos et souffrant d'une dyspnée d'effort marquée.

Obs. III. — Forme fibro caséeuse assez discrète. Grossesse, bacille de Kock. Du 5^e au 8^e mois, cure sanatoriale et disparition des bacilles. Accouchement normal. Deux mois après, a repris 2 kilos.

Nous rapportons un cas semblable trouvé dans les dossiers de M. Rist.

R. J. Lésion très localisée et non évolutive lu sommet droit. Traitée 14 mois à Angicourt où l'on a trouvé des bacilles. Grossesse parfaite avec forceps (enfant mort de circulaire du cordon). Revue un mois et demi après. Va bien. Travaille chez elle.

Il faut reconnaître, il est vrai, que cet heureux effet de la cure est en partie due au fait qu'il s'agit généralement dans ces cas. de formes fibreuses, discrètes, naturellement peu évolutives que nous savons être assez rarement aggravées par la gravidité.

Il n'en est pas moins vrai que la cure sanatoriale est un puissant moyen thérapeutique qui n'est plus à démontrer. On ne peut que regretter qu'il ne puisse être procuré plus facilement aux femmes enceintes, surtout après l'essai, plus ou moins heureux, des autres thérapeutiques (voir observation de Pauporté au chapitre de l'Avortement thérapeutique.)

Pourtant, malgré ces beaux résultats, ce moyen doit, dans certaines circonstances bien particulières, céder la place à la nouvelle méthode du Pneumothorax artificiel. « En présence de lésions unilatérales, évolutives, fait remarquer Rist, on ne peut songer à la cure sanatoriale dont l'effet ne se produit que lentement. On est pris par le temps, il faut agir vite. C'est alors que le Pneumothorax présente ses indications.

C. — Le Pneumothorax artificiel

Avant Forlanini, Carson (1822) et Ramagde (1834) en eurent les premiers l'idée.

En 1888, Potain entretenait déjà les Pneumothorax spontanés par des insufflations d'azote et en présentait deux cas à l'Académie de Médecine.

Forlanini rendit pratique la méthode : sa première observation date de 1894.

Ce n'est qu'en 1908 que Dumarest (en France) pratiqua la première insufflation.

Les essais ont été multipliés depuis, en partie avec succès, en partie avec échec, car « le P. A. n'est pas encore l'arme infaillible contre le bacille de Koch, ce n'est qu'une tranchée creusée hâtivement devant l'invasion tuberculeuse (Bosc) ».

Chez la femme enceinte le P. A. fut considéré avec inquiétude pour des raisons qui se vérifièrent par la suite comme assez théorique ; on craignait :

Le dyspnée extrême, surtout lors du travail ;

La gêne cardiaque, syncope, œdème aiguë ou asystolie ;

Les troubles digestifs fréquents au début du P. A

On redoutait surtout la poussée évolutive avec bilatéralisation.

Le premier cas rapporté, cas de Forlanini, fut ainsi traité préventivement par l'Avortement thérapeutique.

Mais bientôt des publications heureuses parurent, et actuellement les cas d'association de grossesse et de Pneumothorax sont assez nombreux pour que l'on puisse savoir ce qu'on peut attendre de la méthode.

Les cas peuvent être séparés en trois groupes.

I. — Le P. A. est antérieur à la gestation qui survient soit en cours de traitement, soit après interruption du P. A. par guérison ou abandon.

II. — Le P. A. est établi en cours de grossesse.

III. — Le P. A. est fait après l'accouchement, contre l'aggravation des suites de couches.

Il est intéressant de revoir ainsi tous les résultats publiés jusqu'alors.

1^{er} Groupe. — Tuberculose et P. A. antérieurs à la grossesse

A. — 7 cas douteux insuffisamment suivis ou d'observation insuffisante, tous apparemment favorables.

Cas de Leuret, de Bordeaux (1). Obs. XIV de thèse Grimbert). — P. A. en VII. 21. Abandon en décembre 21. Grossesse, mars 22, qui se passe normalement.

Obs. II de Gray (Obs. 26, thèse Mitrovitch). — P. A. de 1916 à début 1918. 1^{er} accouch. bien supporté juin 1918. Deuxième grossesse en 1919. Influenza (?). Mort en 3 jours au 7^e mois.

Obs. VIII de Kuss (37 Mitrovitch). — P. A. depuis 2 ans, gestation bien supportée, accouchement normal. Bon état de la mère se maintient. L'année suivante, broncho-pneumonie grippale et mort.

Obs. XI Mitrovitch. — P. A. efficace. Bonne grossesse et

(1) Nous donnons en parenthèse la référence la plus commode pour retrouver l'observation complète.

suites de couches immédiates, mais deux ans après on retrouve la femme en mauvais état.

Observation Bertino (19 Mitrovitch). — P. A. efficace arrêté après 30 inject. par négligence. Immédiatement après, début de grossesse. Accouch. et suites normales.

Observation Bertino (21 Mitrovitch). — P. A. sept. 1919. Début de grossesse nov. 19. P. A. arrêté août 20. Accouch. en septembre. (Cyanose et dyspnée au moment de l'accouchement). Bon état après sortie de la Maternité. Reprise du P. A.

(Dans ces deux cas, la malade semble ne pas avoir été suivie au-delà du post partum immédiat.)

Observation 20 Dumarest et Murad (Obs. XIV de l'article de Dumarest et Brette). — P. A. total mai 1911. Pleurésie purulente août 1911. Interruption du P. A. par symphyse consécutive en avril 1912. Grossesse deux ans après, sans incidents, enfant bien portant. (On ne parle pas des suites de couches.)

B. — 4 cas aggravés par la gestation

Observ. de Lloyd (18 Mitrovitch). — P. A. interrompu au 6^e mois de gestation pour oppression. Poussée évolutive dans suites de couches. Mort plus d'un an après.

Observ. 18 de Dumarest et Murad (32 Mitrovitch). — P. A. depuis 3 ans entretenu. Après grossesse, bilatéralisation et mort.

Observ. IV et V de Kuss (35 Mitrovitch). — Tuberculose grave à évolution rapide complètement enrayée par P. A.

D'abord bilatéralisation au début de grossesse, puis nouvelle aggravation post partum, état désespéré.

**C. 5 cas de succès du P. A. créé antérieurement
à la grossesse**

(a) 4 cas où le P. A. a été abandonné assez longtemps avant la gravidité.

Observ. Gray (27 Mitrovitch). — P. A. juillet 14, arrêté juillet 15. En janvier 19, début de gestation. Accouch. à terme. En février 20 ne tousse pas, travaille.

Observ. de Leuret, de Bordeaux (Obs. XIV Grimbert. Paris, 1923.

P. A. pour tuberculose ulcéreuse évolutive décembre 1919, poursuivie deux ans jusqu'en décembre 21. A ce moment, grossesse.

Accouchement normal en septembre. Bonnes suites. Excellent état en 23.

Observ. de Burnand de Leysin (XIII Grimbert). P. A. le 18 déc. 14 jusqu'en mars 18. Août 18 petite hémoptisie sans suites. En avril 20 début de grossesse. Nov. 20 accouch. à 7 m. 1/2. Excellente santé 2 ans après.

Obs. de Hervé de Lamotte Beuvron (31 Mitrovitch). — P. A. de 1912 à 15. Gestation 4 ans après. Mère et enfant bien portants.

Obs. de Forlanini 1906 rapportée par Voornveld (15 Mitrovitch). — P. A. en février 1906, entretenu. Au 18^e mois de cure, grossesse suivie d'acc. normal, la mère allaite. Depuis nouvelle grossesse et accouchement heureux après arrêt du P. A. pour guérison.

(b) 30 cas de succès où le P. A., antérieur de plusieurs mois, fut entretenu durant la grossesse avec plein succès, et la malade suivie de six mois à deux ans après ses couches.

Observation précédente de Forlanini pour le 1^{er} accouch.

Obs. II de Gray (26 Mitrovitch).

Obs. Minor (11 Mitrovitch).

Obs. Cambosio (9 Mitrovitch).

Obs. Pennato (10 Mitrovitch).

Obs. Gray (28 Mitrovitch). La dernière insuflation fut faite en cours de grossesse.

Obs. Léon Bernard et Boix (II Mitrovitch).

Obs. Hater 1918 (in Rist 1922 ou Obs. 17 Mitrovitch).

Obs. de Léon Bernard dans son livre de la tuberculose pulmonaire.

Observ. VII de Kuss.

2 Observ. de Bosc de Tours. (Obs. in thèse Amsler 1922.)

2 Observ. de Hervé de Lamotte Beuvron (29-30 Mitrovitch).

Observation de Amandrut de Laval (IV thèse Grimbart).

Obs. 482 Beliqueux (Obs. XIII de l'article de Dumarest et Brette). (N'a pas été suivi au-delà de 5 mois après acc.).

Obs. 86 Dumarest et Murad (X de l'article du Dumarest et Brette). — P. A. janvier 15. Collapsus complet. Accouch. en janvier 18. Arrêt du P. A. pour symphyse en nov. 18. Ultérieurement, poussée sur poumon droit. Perdue de vue.

(Donc, bilatéralisation trop tardive pour être comptée à la charge de l'Association gravidique.)

Obs. 41 Dumarest et Murad (Obs. IX de l'article de D. et B.). P. A. gauche le 25 avril 13. Collapsus complet. Accouch.

fin janvier 18. Allaitement jusqu'au 3^e mois. En janvier 19 (1 an après l'acc.), apparition d'un foyer fibro caséux à la partie moyenne du poumon droit. P. A. entretenu effectif. Bon état général.

(Donc, encore bilatéralisation trop tardive pour être comptée à la charge de l'Association gravidique.)

Obs. Gendron et Moinard (XV Dumarest et Bou (thèse Morvezen). — P. A. gauche en février 1919. Total effectif Guérison apparente fin 1919. Dernières règles février 21. Mai 21, hémoptysie et bilatéralisation. P. A. continué. Accouchement normal et bonnes suites. Le sommet droit n'évolue pas.

(Pour ce cas le succès n'est pas complet, mais le résultat est assez bon, puisque la tuberculose n'évolue pas.)

11 cas nouveaux d'Hervé de Lamotte Beuvron.

L'un d'eux publié dans la thèse Grimbart ; les autres sont seulement signalés comme succès de la méthode dans le Journal Médical du Centre (nov. 1924).

Jusqu'alors nous n'avons pas rapporté les observations de Rist, nous réservant d'en faire une statistique particulière

Avec tous les cas ci-dessus, on a un résultat remarquable : 5 succès de P. A. anciens.

27 succès complets (P. A. en cours).

3 succès incomplets (IX, X, XII Dumarest et Brette).

7 douteux favorables.

4 échecs.

Cela sur 46 observations détaillées.

Ce qui donne du 90 % seulement d'échec véritable.

Pour les 14 cas d'Hervé, on a même du 100 % de succès.

C'est évidemment trop beau.

Les statistiques récentes de Dumarest chez la femme non enceinte traitée par P. A. ne donne que du 50 % de succès.

Pour Burnand, avec P. A., on a encore du 40 % de mortalité sur 211 malades traitées (résultat qui doit encore être considéré comme favorable, puisque la mortalité sans P. A. est de 80 %).

Léon Bernard, Boron et Valtis, sur 201 cas, donnent 88 résultats défavorables (44 %).

Il est inadmissible que la grossesse puisse améliorer ainsi ces pourcentages de succès du P. A. Evidemment, beaucoup d'auteurs n'ont publié que leurs cas de succès, se gardant de parler des échecs.

Grâce aux *observations que nous devons à M. Rist*, nous pouvons considérer autrement les faits et voici la nouvelle statistique que nous trouvons :

**Malades ayant été traitées ou en cours de traitement par P. A.
lorsque la grossesse débute**

8 succès qui comptent pour 11.

Obs. 1601 (Cou....t B.). — Tuberculose débute en nov. 1913 P. A. établi en mars 24. Le P. A. date de 1 an 3 mois quand grossesse et accouch. heureux. (Accouch. à 7 m. 1/2 en juin 1915). Très bon état 7 ans après.

Obs. 1607 (Sart...o Y.). Double succès. Tuberculose débute en sept. 20. P. A. institué le 24-12-20, disparition des B. K. en février.

Le P. A. date de 16 mois quand premier accouchement

(avril 22). Second accouchement 18 mois après le premier (déc. 1923).

Bon état après ce dernier accouchement. Bonnes nouvelles reçues en fin 1924.

Obs. 1008 (Ago...i G.). ? Tuberc. déc. 18. P. A. déc. 20 entretenu 2 ans (abandonné X 22). Grossesse et accouchement normaux plus d'un an après (janv. 24). P. A. réinstitué. Toujours excellent état, travaille en fin 1924.

Obs. 1009 (Han... A.). — Tub. datant de janvier 1920. P. A. en janvier 21, entretenu. Accouch. heureux 3 ans après institution. P. A. toujours entretenu régulièrement (fév. 25).

Obs. 1011 (Sant...). — Tub. datant de fin 1920. P. A. 3 déc. 22. Accouch. 1 an 1/2 après (août 23). Revue mars 24, très bon état.

Obs. 1012 (Dur... Ch...y). — Tub. discrète sommet droit 1920, cavaire droite en 1922. P. A. en fév. 22. Accouch. près d'un an après (déc. 22). Très bon état mars 24.

Obs. 1013 (Cast....). — Tub. gravidique août 21. P. A. janv. 22. Dernières règles et Hydroth rax fév. 22. Accouch. et très bonnes suites.

Obs. 1004 (Bell....) Succès triple.

1^{re} grossesse oct. 1924. 2^e fausse couche en mars. 3^e grossesse mars 17. Début de tub. pulm. juillet 18 (hémoptisie). 4^e grossesse mars 1919 qui n'aggrave que légèrement son état. Pneumoth. 13-7-20. Durant ce P. A. la malade fait 2 grossesses heureuses (accouch. août 21 et août 22). P. A. cessé en octobre 23. Bon état stationnaire. Nouvelle grossesse en 1924. Revue après ce dernier accouchement en excellent état, 1925.

Donc 8 cas favorables, dont l'un devrait compter double et le dernier triple.

1 cas douteux :

Obs. 1005 (Ver...), 29 ans. — T. pulm. en 1910. P. A. juillet 12, cessé en août 24 pour guérison. Accouchement 7 ans après abandon du P. A. (oct. 21). Réapparition des B. K. Etat stationnaire. Mars 24, tousses et crache, pas de fièvre, se sent bien.

5 décès :

Obs. 1032 (Bre...). Tub. déc. 20. P. A. Janv. 21. Dernières règles Fév. 21. Bilatéralisation Sept. Accouch., en Nov. Rehospitalisée un an après : tousses, crache, maigrit. Décès février 24 (26 mois après acc.).

(Cov..., 23 ans. — Tub. déclanchée au 8^e mois d'un allait. P. A. avec amélioration en nov. 21. D. règles mai 22. Cette 2^e grossesse bien supportée. Accouch. prématuré au 8^e mois (janv. 23). Bon état général, mais signes radiologiques de Bilatéralisation (janv. 23). En mai 23, bilatéralisation, clinique. Abandon du P. A. Mort le 15 février 24.

(Desja...), 29 ans. — P. A. avril 21. Mai 21 décoll. complet. D. règles févr. 22. P. A. entretenu. Bilatéralisation

Obs. 1028. (Marc...), 24 ans. — T. massive cavitaire gau-

Obs. 1028. (Mor...), 24 ans. — T. massive cavitaire gauche avril 1919. Fièvre 39°. Mauvais E. G. — B. K. +. +. P. A. gauche août 19. Bon décoll. mais liquide (oct. 19). En février 20, début de grossesse. Avril 20, enceinte de 3 mois, très fatiguée par son enfant de 6 ans qui est placé à la campagne. Cuti +. +.

Juin 20. Evacuat. du liq. Cuti faiblement positive. Bruits adventices sous la clavicule *droite*. Râles humides à la région hilare.

Accouch. octobre 20. Enfant vivant.

Nov. 20 : Radio, liquide abondant. Taches symétriques sommet droit.

IV 21. Condensation symétrique confluyente. 39° le soir.

IX 21. Aggravation des S. F. Bilatér. évidente : Fièvre. Tousse, crache, vomit. Maigrit. L'enfant a 11 mois.

XI 21. Décès.

Obs. 1028 (Brim...), 18 ans. — T. p. débute janvier 19. P. A. le 14 VII. Vingt mois après début de cure : accouchement avril 21. Bilat. 5 mois après. Décès 8 mois après acc.

En résumé :

8 cas favorables (qui pourraient compter pour 11).

1 douteux.

5 décès dans l'année qui suivit l'accouchement.

**2° Groupe. — Observations des tuberculoses nées ou aggravées
ou seulement découvertes au cours d'une grossesse
et alors traitées par le P. A.**

5 aggravations :

Obs. Kuthy et Lobmayer (Obs. 2 Mitrovitch). — P. A. au 4^e mois de gestation. Aggravat. dans les deux derniers mois. Mort post partum.

Obs. Bertino (Obs. 20 Mitrovitch). — P. A. au 4^e mois. Arrêt du P. A. au 8^e mois pour oppression. Accouchement à terme avec crise de cyanose. Mort 3 jours après.

Obs. XII Dumarest et Brette (X Mitrovitch). — D. R. en mars 21. P. A. le 28-21 complet. Hydroth. en sept. Accouch. en déc. 21 (enfant mort). En février 22 : poussée évolutive du poumon gauche.

Obs. I. de Weymeersch et Olbrechts (rapport au Congrès de Genève 23). — Tub. déclarée au début de grossesse. A 3 m. 1/2 : P. A. Amélioration. Accouch. parfait, puis poussée évolutive de bilatéralisation. Etat désespéré.

Obs. de Valois et Roume. — Tub. gravidique. P. A. à 5 mois 1/2 mais brides et décollement insuffisant. Aggravation durant gestation. Nouvelle aggravation post partum : (Le P. A. étant insuffisant, ce cas est discutable.)

Nous ne signalons que pour mémoire le cas du service Léon Bernard (VII Mitrovitch). Le P. A. fut tenté sur des lésions bilatérales dans le seul but de permettre à la malade d'aller à terme.

3 nettement favorables :

Obs. VIII de Dumarest. — P. A. en sept. 20 sur forme grave. Amélioration rapide. D. R. sept. 20. Grossesse et suites normales.

Obs. II de Kuss. — Tub. pulm., légère torpide subissant du fait de grossesses répétées, au 7^e mois de la 2^e grossesse, une poussée évolutive unilat. extrêmement grave, arrêtée par P. A.

Obs. VI de Kuss. — P. A. gauche sur le tub. gravid. qu'il arrête en pleine évolution aigue. Mais petites lésions du sommet droit qui se réveilleront 3 ans plus tard lors d'une nouvelle grossesse.

4 favorables mais pas assez suivis :

Obs. Réal (5 Mitrovitch). — P. A. au 8^e mois de gestation. Accouch. à terme. Mère et enfant bon état 3 mois après.

Obs. de Zink (3 Mitrovitch). — P. A. le 23 sept. 1912. Dernière insufflation octobre 1912. En déc. accouch. prématuré. Après accouch. femme subfébrile, puis apyrexie. Pas suivie au-delà du 30 janvier.

Obs. de Rist et Kingberg (4 Mitrovitch). — P. A. au 5^e mois de gestat. Accouch. à 7 m. 1/2 par accident. Suites bonnes, perdue de vue un mois après.

Obs. Voornveld de Davos. — P. A. au 6^e mois qui arrête nettement l'évolution d'une tub. gravidique. Mais malade ne semble pas avoir été suivie plus d'un mois après accouch.

Donc 5 insuccès (dont 1 peut être discuté, le P. A. n'étant pas effectif (V. et R.).

3 cas de succès réel.

4 cas douteux favorables.

Voici maintenant 13 observations que nous devons à M. Rist ; elles donnent ici la même impression de succès relatif :

4 cas de succès réels.

1 cas de bilatéralisation mais qui n'a pas de rapport avec la grossesse et mérite d'être retenu comme favorable.

1 cas P. A. très près du terme avec succès.

4 décès, 1 aggravation nette.

1 cas de bilatéralisation après fausse couche de 6 mois,

de nouveau enceinte, état général pas mauvais, mais apparition d'Hydro.

2 cas où le P. A. n'est pas à considérer comme effectif : immédiatement abandonnés : décès.

4 cas de succès réels :

Obs. 1010. — La grossesse débute presque en même temps que la tub. P. A. fin du 2^e mois, liquide. Accouch. avril 22 normal. La malade travaille, le P. A. toujours entretenu. Très bon état en mars 24.

Obs. 1015. — Tub. mars 22. Aggrav. nov. 22, coïncidant avec début de grossesse. P. A. total fin du premier mois. Angicourt. Accouch. à terme. Très bon état en mars 24. A engraisé de 7 kilos.

Obs. 1018. — Tub. débute au 6^e mois de la 1^{re} grossesse (août 22).

2^e grossesse (D. R. mars 23). Etat paraît s'aggraver. P. A. mai 23. Avril 24 à la Tuyolle, engrais. Tp normale.

Obs. 1006 (Bla...). — Début de Tub. mars 21 (hémoptisie) coïncidant avec début de grossesse. Accouch. en nov. bien supporté, mais se sent un peu fatiguée, se met à maigrir. Puis amélioration.

2^e grossesse (D. R. juillet 22). Aggravation nette en oct. cubfébrile, cuti négative. P. A. le 17 oct. 22. Bon état. Acc. normal avril 23. P. A. toujours efficace en mai, abandonné en nov. 23 après un an d'entretien.

Actuellement (fin 1924) nouvelle grossesse : la malade continue son travail très fatigant.

Obs. 1025. — Tub. débute avec grossesse août 21. P. A.

effectif au 8^e mois. Acc. avril 22. Bon état jusqu'à avril 24. Alors crise d'entérite et bilatéralisation.

(Ce cas mérite d'être considéré comme heureux puisque le P. A. a arrêté l'évolut. d'une tub. gravidique.)

Obs. 1016. — Tub. ancienne. P. A. au 8^e mois de grossesse. Accouch. 8 jours après (février 23). Hydro en octobre 23. Sanat. en janv. 24. Mai 24 ne tousse ni ne crache. Bon état.

(C'est le cas de succès d'un P. A. très près de l'accouch.).

Les 4 décès :

Obs. 1027 (Bibl...). — Tub. puerpérale déc. 1917. P. A. mars 1918. Bilat. rapide. Décès 1 mois après.

Obs. 1026. — Tub. débute en sept. 13. Début de grossesse en janv. 14. P. A. au 7^e m. de grossesse. Acc. en sept. enfant mort. Décès octobre 1914.

Obs. 1030 (24 Mitrovitch). — P. A. au 2^e mois de grossesse. Accouch. avril 20. P. A. mal entretenu. Bilat. déc. 20. Décès janv. 21.

Obs. 1031 (Col...) (I Mitrovitch). — Tub. datant peut-être de déc. 1918. 2^e gest. (D. R. juin 1919). Hémoptisie en sept. 19. Octobre 19 subfébrile. P. A. au 4^e mois de gest. du côté gauche. Janvier 20, cuti faible. Mars, zone importante de crépitant au niveau du bile droit et du sommet droit. Accouch. 29 avril 20. Cuti faible. Décès 30 avril 20.

Une aggravation nette :

Bonn.. Lucienne, 22 ans. — Tub. probablement post-gravidique en 1920. Juillet 21 : fausse couche de 3 mois. Fatigue. Fièvre. Maigrir. Oct. 22 : tub. discrète : Angicourt

mars 23. Nouvelle grossesse. P. A. en déc. Rapidement Hydro. Toujours fièvre. Bilatéralisation. Aggravation très nette : amaigr., toux, etc. Accouch. 14 déc. Fièvre grav., oscillation.

Bilatéralisation après fausse couche de 6 mois. Obs. 2020. (Grog...). — Tub. débute au 4^e mois de grossesse (juillet 23). P. A. VII 23 (aussitôt). Avort. de jumeaux à 6 mois. Pas de suites graves (fin août 23). Oct. 23, poussée évolut. de l'autre côté. Amélioration en nov. Angicourt. P. A. poursuivi, plus de B. K. Engraisse de 1 k. 400.

Début de nouvelle grossesse 27 IX 24, perd 1 k. les deux premiers mois. Hospitalisée en janvier 25 : craquement au sommet gauche. Pas de fièvre. En mars a repris 2 k. à l'hôpital. Mais liquide apparaît dans du P. A. remontant jusqu'au 4^e espace. On suspend les insufflations. Assez bon état général.

Cas à ne pas retenir, car le P. A. fut inefficace et tout de suite abandonné.

Obs. 1033 Tu... (IV Mitrovitch) et Obs. 1034 Tu.. (V. Mitrovitch). — Cuti négative, puis décès un mois après l'accouch.

Reste un 3^e groupe à considérer : Le P. A. post puerpéral, établi à une période que l'on sait particulièrement critique pour la tuberculeuse.

De ce type nous ne pouvons apporter que 3 observations du service Rist au dispensaire Léon Bourgeois. Ce sont trois échecs.

Obs. 1030 (Lepr...). — Tub. révélée par poussée suraiguë 1 mois après accouch. (août 23). P. A. le 27 IX 23. Bilat. Bil 23. Décès avril 24.

Obs. 1039. — Tub. débutant 2 mois après accouch. P. A. (Dr Dumarest) le 24 VII 23. Hydro en octobre. Amaigriss., fièvre : le P. A. est cessé. Bilat. XI 23. Décès fin janvier 24.

Obs. 1036. — Tub. ayant débuté en mars 22, 7 mois après l'accouch. P. A. début d'avril 22. Pyo VIII 22. P. A. cessé pour bilatéralisation en mars 23. Décès avril 23.

Enfin, si dans un dernier groupe, nous voulions étudier le résultat sur une tuberculose post-puerpérale d'un P. A. établi plusieurs mois, voire plusieurs années après, nous retomberions sur les résultats habituels du P. A. sur une tuberculose ordinaire ; la grossesse est trop lointaine pour donner un caractère particulier à cette étude que nous n'entreprenons pas.

En résumé, si nous totalisons les cas où

1) Le P. A. a été établi avant la grossesse (les seuls cas de Rist, l'autre statistique étant certainement fausse), 8 succès, 5 échecs auxquels on peut joindre les 2 échecs et les 2 succès de Kuss ;

2) Le P. A. a été établi au cours de la grossesse (tous les cas publiés), 9 succès, 9 échecs ;

3) Le P. A. post partum (3 échecs de Rist) ;

On trouve 19 succès (dont un devrait compter double et un autre triple).

19 échecs (19 morts ou in extremis).

On a donc 50 % d'échecs sur 38 cas, si l'on ne compte

pas les 4 douteux favorables (pas assez suivis) ; 1 en observation (Grog....) ; 1 douteux défavorable (obs. 1005).

En se reportant aux résultats que donne le P. A. chez la femme n'ayant pas eu la « complication » d'une grossesse, on obtient pour les cas de Rist (statistique Naveau) :

Sur 150 femmes, 47 % de guérison ou amélioration (Dumarest donne 50 % de succès) ;

72 femmes, 20 % de stationnaires ;

108 femmes, 33 % d'aggravation ou décès (Burnand donne 40 % de perte).

Conclusion :

On peut donc conclure que le P. A. donne un peu plus d'échecs que dans la tuberculose ordinaire, cela d'autant plus que le P. A. a été établi plus près du terme. Les cas d'insuccès ont une évolution fatale particulièrement rapide. Cette aggravation se fait généralement par bilatéralisation insidieuse au cours de la grossesse pour se dévoiler brutalement en une poussée aiguë lors du post partum ; ou bien s'est faite d'emblée rapidement, fatale, mais la malade ne meurt qu'après l'accouchement.

Mais si le P. A. n'est pas un remède parfait contre l'aggravation gravidique, ses heureux résultats sont très appréciables, car l'on s'est attaqué à des formes de tuberculose particulièrement maligne qui, sans P. A., donne un pourcentage considérable de mortalité.

Enfin, de règle, le P. A. n'a gêné en rien la poussée ni l'accouchement (sur 82 cas publiés on n'en trouve que 3 où il y eut nécessité d'interrompre le P. A. à cause de l'oppression). Dans certains cas on a même pu se servir du P. A.

chez une femme condamnée pour lui permettre de survivre jusqu'au terme de sa grossesse.

De ces cas de Tub. où P. A. et grossesse ont pu être étudiés complètement dans leur action réciproque, nous avons cru devoir séparer les observations où un avortement thérapeutique a interrompu l'évolution normale.

Ces cas de types bien différents donnent des résultats encore plus différemment interprétables.

1. — *Avortements provoqués sur P. A. en cours*

6 cas étrangers d'avortement prophylactique sans qu'il y ait eu aggravation de l'état pulm. par la survenue de la grossesse : 6 succès.

1 cas de Forlanini (obs. 1 thèse Mitrovitch). C'est le premier cas publié d'association du P. A. et de la grossesse. — 1905.

1 cas de Denecke (obs. 12 Mitrovitch).

2 cas de Schleiber.

2 cas de Saugmann (obs. 6 et 7 Mitrovitch).

« Si la tuberculose paraissait arrêtée, elle aurait été très menaçante en fin de gestation », assure l'auteur.

De ces cas on peut rapprocher le *cas de Slater*.

Cas de Slater : P. A. très efficace. Un an après survient une grossesse qui s'arrête à 3 mois par avortement spontané. Aucune suite fâcheuses. Deux ans après, nouvelle gestation menée à terme, sans aggravation. Le P. A. a été poursuivi.

II. — *Avortements provoqués chez femme ayant eu un P. A. abandonné longtemps avant la grossesse*

Obs. de Saugmann (obs. 8 Mitrovitch). — P. A. interrompu depuis un an. Avortement prophylactique.

Obs. de Gray (obs. 8 Mitrovitch). — P. A. sur tub. cavitaires du sommet gauche. P. A. entretenu 9 mois. Etat de la femme excellent. « On distinguait à l'examen, cavité jusqu'à la 3^e côte, puis au-dessous adhérence, un petit P. A. diaphragme élevé ». A peu de temps de là, grossesse.

Avortement prophylactique.

Une seconde grossesse commença plus tard : on laissa la femme la mener à terme vu son excellent état général. Bon résultat.

Dans tous les cas, l'association d'un bon P. A. et de l'avortement ont donné le meilleur résultat ; nous nous refusons pourtant à conclure que l'avortement doit être provoqué systématiquement en présence de P. A. Le P. A. effectif suffit à lui seul pour sauver un bon nombre de femmes : l'état de non gravidité n'améliore pas assez considérablement le pourcentage des succès pour « payer » la vie de tous les enfants.

Mais voici quelques cas bien différemment interprétables .

Observations de Kuss, Sergent, Brindeau (obs. 36 Mitrovitch). — P. A. gauche depuis 3 ans sur tuberculose gravidique qu'il arrête en pleine évolution aiguë, mais petites lésions du sommet droit. Au commencement de la 3^e année, nouvelle grossesse et poussée aiguë évolutive du sommet

droit. Avortement thérapeutique à la fin du 2^e mois : arrêt décisif de l'évolution, mais il fallut un an à la malade pour se remettre.

Ce cas est particulièrement démonstratif après l'Obs. V de Kuss.

Obs. V. de Kuss. — Circonstance exactement semblable : P. A. ancien très efficace, mais l'autre sommet douteux s'allume à l'occasion d'une 2^e gross. Pas d'avortement. Malgré cure d'immobilité et l'entretien du P. A. à basse pression, les lésions du sommet opposé s'aggravent rapidement. Accouch. Nouvelle aggravation post-partum. Etat désespéré.

Deux observations : l'une que nous devons à M. Bar et dont le résultat heureux a seulement été signalé par lui au Congrès de Genève, l'autre que nous devons à M. Metzger, encore inédite, se placent après le cas célèbre de Kuss, Sergeant et Brindeau.

Observation du prof. Bar (Cham...). — Tub. pulm. à la suite d'hypérite, traitée par P. A. (nov. 17), d'abord mal entretenu et sans amélioration, puis en 1920 bien suivi avec succès. En 1921, bilatéralisation. En 1922, les lésions droites paraissent cicatrisées. temps normal. La malade ne crache ni ne tousse.

Grossesse débutant en juin. Un mois après, début, la malade se sent moins bien, elle recommence à tousser et à cracher. La température est irrégulière avec quelques crachats, au-dessus de 38°. Dyspnée d'effort. A l'examen physique et radioscopique, nouvelle poussée à droite. Quelques bacilles après homogénéisation.

Endodermo le 26 août négative, réaction légère tardive au 8^e ou 10^e jour. Beredka légèrement positif (douteux).

Grossesse de 2 mois 1/2. *Avort. therap. le 1^{er} sept. 22.* Le 12 sept. la malade quitte Tarnier : elle tousse et crache fréquemment. Pas de fièvre. La malade a maigri de 2 kilos depuis son admission.

Revue le 21 octobre : très légère amélioration, pas de fièvre. pas de bacille à recherche directe. A reçu 3 injections d'azote depuis l'avortement. En décembre 22 a engraisé de 3 k. 500. On répète les insufflations.

Revue en septembre 23 en très bon état. Le côté droit est sec.

Cas de M. Metzger (inédit, que nous devons à son obligeance (Odette Parp...). — Début de T. août 21 subfébrile. P. A. service Weil à Tenon) en oct. 21. Cure sanatoriale à Angicourt, de 1922 à oct. 23. P. A. toujours entretenu. A engraisé de 16 kilos durant sana. Reprend son travail peu fatigant. Toujours un peu essoufflée. Au début de 1924, on trouve encore des B. K. Début de grossesse mai 1924 Amaigrissement de 3 kilos le premier mois. Toux continueuse, émétisante. Expectoration. 20 fois. B. K. Hospitalisée le 7 VII 24. Pas de fièvre, mais intra dermo négative. Avortement therap. le 18 VII. Saigne assez abondamment. Le lendemain, fièvre qui cède le 3^e jour. Cédation des signes fonct. presque immédiate. Part à la campagne 3 semaines, ne tousse plus, ne crache plus. P. A. toujours entretenu. Actuellement P. A. Parfaite santé. Toujours B. K. (février 1925).

Rapportons enfin l'intéressante observation de *Weymeersch et Albrecht* (Obs. II de leur rapport à Genève), où toutes les thérapeutiques se rencontrent :

Tub. ancienne. Poussée évolutive de début de grossesse.

P. A. malgré lésions bilatérales. Amélioration notable. A 4 m. 1/2 la malade se fait avorter clandestinement et revient à l'hôpital « très anémiée par l'intervention faite on ne sait comme ». P. A., non résorbé, est restauré. Cure sanatoriale : excellent résultat.

Ces cas nous ont fait aborder le problème de l'*Avortement thérapeutique*.

La situation se présente également angoissante, lorsque l'on se trouve en présence de lésions limitées, mais bilatérales et évolutives, alors que le P. A. ne peut plus être tenté avec assez de chance de succès.

Que vaut alors le moyen héroïque ?

CHAPITRE IV

De l'Avortement thérapeutique

Proposé pour la première fois par PASQUALI et BOUPIANI au Congrès de Rome 1886, défendu par WILLIAM DUNCAN 1890, puis SIMPSON 1902, il fit rapidement des adeptes à l'étranger. D'Italie il passa ainsi en Amérique, en Allemagne (Martin, Bummi, Hermann, Strassemann, Krauss). L'avortement fut bientôt fait « en grand », systématiquement (Hermann, Marigliano, Vicaroli, Hamburger, Cozzi, Rugi, etc.) et les statistiques commencent. Certaines apparurent alors merveilleuses, beaucoup trop belles pour être exactes et, de fait, lorsqu'on se rapporte aux observations, on constate que l'avortement fut souvent pratiqué sur le moindre soupçon de tuberculose, sans moindre garantie scientifique, bactériologique ou radiologique. Une modification de la respiration, une bronchite un peu tenace justifia la pose de multiples larminaires... et les cas de guérison débordèrent les échecs de la méthode.

Assez rapidement pourtant, on remarqua « l'inutilité » complète des avortements pratiqués dans la dernière moitié de la grossesse. En 1911, Pankow et Rupferlé, sur 17 avortements dans le dernier tiers, trouvent 12 aggravations, dont 8 morts. En 1912, Bossi, au Congrès de Rome, donne les résultats suivants de 23 interruptions après le 6^e mois : 4 empirèrent, tous les

autres continuèrent leur aggravation. Mais il apportait 40 cas d'avortement plus précoce, « il provoque presque constamment une remarquable et rapide diminution des faits spécifiques. L'état puerpéral se présenta presque toujours apyrétique; les patientes, avec l'aide de cures reconstituantes, purent retourner chez elles presque toutes en bonne santé ».

En France, sous l'autorité de BAR, le moyen fut limité à ce qu'il devait être, un moyen héroïque.

A Rome, en 1912, il en marque les indications précises : Intervention chez tuberculose certaine (*nécessité constante d'une consultation avec des phthisiologues*), tuberculose aggravée par la grossesse, tuberculose curable si la poussée s'arrête — grossesse n'ayant pas dépassé 4 mois. — S'il faut intervenir en présence de formes évolutives, extensives, avec fièvre, amaigrissement, hémoptisies, il ne doit plus être question d'avortement en présence de lésions trop étendues, en particulier celles où il y a extension de la tuberculose au larynx. (Les 30 % d'aggravation persistante, malgré avortement, qu'il devait rapporter, étaient pour lui dûes au fait qu'on était intervenu sur les lésions trop importantes).

C'est les mêmes indications qu'il se donne dix ans plus tard à la conférence de Madrid 1924 et, plus tard, devant l'Académie de Médecine de Paris.

Et chaque fois il insiste sur la *valeur pronostique de l'intra dermo réaction*. Sans revenir sur la question de l'anergie, nous devons rapporter un passage de la Conférence de Madrid. « Quand la femme est épuisée, dit Bar, arrivée au terme ultime de la maladie, la réaction est, quel que soit l'âge de la gestation, insignifiante ou nulle. Mais à côté de ces cas, dans lesquels la réaction se montre telle qu'on le pouvait prévoir, il en est

d'autres singulièrement suggestifs qui se peuvent observer aussi bien chez les femmes enceintes de peu que chez celles arrivées à la fin de leur grossesse : ce sont ceux où la lésion est relativement peu étendue, où l'état général ne semble pas très profondément touché et où cependant la réaction est faible ou nulle. J'ai le plus souvent vu, quand l'épreuve de la tuberculose aboutissait à ce résultat paradoxal, la maladie évoluer avec rapidité pendant la grossesse, s'aggraver encore après l'accouchement. Les faits publiés par Nobécourt et Paral confirment les nôtres et mon collègue Brindeau est arrivé aux mêmes conclusions que nous ». C'est ainsi qu'à l'Académie de Médecine il présenta :

— 8 cas où l'intradermo était négative : 7 moururent, un seul vit... après avortement thérapeutique et 50 jours après la cuti était positive.

— 9 cas où la réaction fut positive : dans 7 cas il y eut de bonnes suites, une seule mort (cuti + + +), un état mauvais (cuti +).

Nobécourt donne des résultats que l'on peut résumer en ce tableau :

Femmes non tuberculeuses	Cuti réaction avant l'accouchement
64 +	22 —

Femmes tuberculeuses = 4 réactions positives : ce furent chez des tuberculeuses fibreuses : les réactions restèrent positives et les femmes supportèrent bien l'accouchement :

= 10 réactions négatives = 10 morts.

Mais Léon Bernard s'élève contre l'idée qui pourrait naître de la valeur pronostique absolue de la Cuti ou intra-dermo réaction. Il montre les cas multiples de femmes non tuberculeuses ayant cuti négative et supportant sans accident une ou plusieurs gros-

sesses. Mais il insiste surtout sur la possibilité pour une tuberculeuse enceinte de voir spontanément se modifier sa cuti, de négative devenant positive en quelques jours. « Il me paraît extrêmement dangereux de laisser s'implanter dans l'esprit des médecins la notion qu'une cuti faible chez la tuberculeuse enceinte suffit à légitimer un avortement : on ne saurait trop s'élever contre un pareil excès prouvé par la clinique et l'expérience sur le cobaye. »

Sergent pense de même que la valeur de la cuti n'est pas très grande. Et Bar de répondre (tj. dans la conférence de Madrid) : « Certes, l'examen des poumons et de l'état général doit prévaloir sur tous les autres. J'admets même, si on le veut, que l'épreuve de la tuberculine indique seulement un état actuel, bon ou mauvais, de la résistance, que son résultat ne permet pas de prévoir avec certitude l'avenir. Il n'est même pas impossible, je le reconnais encore, qu'une réaction négative ou médiocre puisse faire place, après le 4^e mois, à une réaction franche, mais le moins qu'on puisse dire est qu'une telle éventualité est rare. L'organisme qui réagit bien peut avoir des chances de continuer à bien réagir : celui qui se montre défaillant reste généralement défaillant. »

Ce fut donc sous cette forme très spéciale que l'avortement thérapeutique fut admis en France par quelques accoucheurs. De l'Ecole de Bar, Brindeau, Jeannin, Metzger. De l'Ecole lyonnaise, Commandeur et Voron. Parmi les phthisiologues, seuls Sergent et Kuss se rangèrent à l'opinion de Bar.

Rist, adversaire de la méthode, écrit : « Jamais la preuve n'a été apportée que l'interruption de la gestation ait augmenté les chances de survie des tuberculeuses gravides. Il faut laisser la grossesse suivre son cours et soigner la tuberculose. »

Dans les limites très étroites admises en France, les cas publics sont rares : Le rapport de Voron, complété par celui de Weymeersch et Olbrecht, apporte en tout une cinquantaine d'observations.

Ce sont ces observations et quelques-unes de nouvelles que nous aurons pour but d'étudier maintenant, étant assez heureux de pouvoir compléter de quelques détails certaines de celles auxquelles on fit le reproche d'avoir été simplement signalées sans grands renseignements dans les rapports faits à diverses sociétés médicales.

1 cas de Planchu. — Malgré les 4 crachats spumeux sanglants que la malade eût un jour, deux ans avant sa grossesse, on ne peut retenir ce cas où la tuberculose est plus que douteuse : absence de B. K., radio peu édifiante.

12 cas de Voron. — *6 sans grande valeur :*

Obs. XXXIII (Thèse Colombet). — Pas de B. K., forme fibreuse : il n'est pas étonnant que l'avortement donne un succès.

Obs. XLI. (Thèse Colombet). — B. K. + +. Tuberculose antérieure à grossesse. Aggravation par grossesse : lésions avancées, bilatérales. Avort. à 3 mois 1/2. E. G. stationnaire : retour de l'appétit. *La malade n'est pas suivie au delà de 15 jours après l'avortement.*

Obs. XLIII (*obs. Pic, Voron, Gravier*) (Thèse Colombet). — En 1910, pleurésie. Début de grossesse en septembre 1910. S. fonctionnels et physiques de « forme fibreuse du sommet droit ». Pas de radio, pas de B. K. Avortement à 3 mois. *Pas suivie.*

Obs. II (Thèse Guillaumet). — Malade soignée lors d'une première grossesse pour bronchite puis pleurésie. A continué de tousser. Début de 2^e grossesse : augmentation de la toux, E. G.

atteint; S. physiques de bronchite grippale traînante. Signes radiologiques : obscurité très nette de l'image du sommet gauche. Apparition de signes physiques de cortico pleurite de la base gauche : frottements. Un examen de B. K. : négatif. Avortement thérapeutique. *La malade n'est pas du tout suivie.*

Obs. III. (Thèse Guillemet). — En 1912, première grossesse : dès le premier mois, amaigrissement notable, perte d'appétit, de force, quelques transpirations nocturnes. Toux sèche. Douleur au niveau des régions sus épineuses. On ne parle pas de recherche de bacilles de Koch. A 4 mois, l'état général étant mauvais, on pratique l'avortement. Dès ce moment, la santé devient florissante. Mars 1914 : 2^e grossesse. Vomissements. Toux sèche.

S. P. : Frottement pleuraux très net, surtout à gauche. Température 37°, 37°9, amaigrissement. Sur ces signes cliniques on fait le diagnostic sûr (!) de tuberculose (on ne parle pas de la recherche des B. K.) Avortement thérapeutique le 26 Juin (3 mois 1/2). Amélioration immédiate avec engraissement, mais la malade *n'est pas suivie au delà du 2 Août*, donc à peine plus d'un mois.

Obs. IV (Thèse Guillaumet). — Ce cas est plus important :

Dès le début de la grossesse, toux, amaigrissement, asthénie. 38°5 tous les soirs. On ne parle pas de B. K. ni de radio. Après consultation médicale on pratique avortement en fin de 3^e mois. Aussitôt après l'état général s'améliore : la fièvre tombe, les signes locaux s'amendent.

Mais deuxième grossesse 10 mois plus tard. De nouveau toux, asthénie, fièvre (38°2 le soir), amaigrissement de 6 k. en 2 mois. Signes physiques : craquements et râles humides en avant et en arrière (On ne fait pas de radio, on ne cherche pas les

bacilles). Avortement thérapeutique. La température redevient normale le 3^e jour après l'opération. Les symptômes généraux et fonctionnels s'amendent, mais plus lentement. La malade est perdue de vue deux mois plus tard. Température normale. Craquement après la toux.

Deux échecs par avortement trop tardif (après le 4^e mois) :

Obs. XXXV (Thèse Colombet). — Tuberculose débute après un allaitement antérieur. Hémoptisies répétées depuis début de grossesse, 38°. Aggravation de S. P. Avortement à 4 mois passés. Mort un mois plus tard.

Obs. XXXVI (Th. Colombet). — Tuberculose débute par hémoptisie au 2^e mois d'une grossesse. Amaigrissement mais 37°8 seulement. Avortement 4 mois 1/2, en Mai. Mauvaise suite. Mort en Novembre.

Un échec « par lésion trop avancée » (Voron) :

Obs. XXXVII. — Tuberculose débute à 3^e grossesse. Avec 4^e grossesse signes généraux et fonctionnels nets. (On ne parle pas de B. K., mais la preuve de la tuberculose est donnée par l'évolution fatale, malgré l'avortement à 2 mois 1/2 après courte phase d'amélioration.

Trois succès :

Obs. XXXIV (Th. Colombet). — Malgré que l'on ne signale pas la présence de B. K., le diagnostic semble suffisamment posé par 11 hémoptisies depuis le début de la grossesse et les signes physiques de ramolissement du sommet gauche. Température 37°5-38°.

Avortement thérapeutique à 2 mois 1/2. Amélioration très notable dans le mois et demi qui suivit : a engraisé de 4 k. N'est plus revue.

Obs. I (Thèse Guillaumet). — B. K. + + +. S. P. de bronchite diffuse du poumon gauche plus marquée en arrière au sommet avec cortico pleurite de la face antérieure. Apyrexie. Radio : « images circulaires, peut-être cavernes sous clavicule gauche. » Avortement thérapeutique au 2^e mois.

La malade aurait fait par la suite de la fièvre en rapport avec une salpingite car nous lisons : « Le 17 Juillet (un mois après l'opération), la température est normale depuis 8 jours. Huit mois après, la malade est revue, a engraisé, très améliorée, apyrétique.

Obs. XXXII (Th. Colombet). — On n'y parle pas de B. K., mais cliniquement l'origine tuberculeuse de l'affection est prouvée par l'apparition d'une laryngite *tuberculeuse*. Donc affection pluro-pulmonaire avec fièvre et amaigrissement. Avortement thérapeutique à 4 mois. L'état général est amélioré mais la marche des lésions pulmonaires n'est pas suspendue : des craquements apparaissent ainsi qu'une laryngite *tuberculeuse* certaine), Décembre 1909. A ce moment, nouvelle grossesse (11 Novembre 1909). En Février, l'état général fléchit : malade maigrît, voix enrouée. Malade fébrile. Avortement thérapeutique de 3 mois, puis *cure sanatoriale de 8 mois* : E. G. excellent.

Ce cas est particulièrement instructif, car il montre que chez la même malade, l'avortement thérapeutique peut n'avoir aucun effet heureux lors d'une première grossesse, et, lors d'une deuxième grossesse, permettre une guérison par cure sanatoriale qui sans lui aurait été impossible.

Tels sont les 12 cas de Voron. Au Congrès de Genève, Voron rapporte une nouvelle observation de sa pratique privée avec succès : sans détail.

Guillamet rapporte encore un cas heureux de Gonnet, mais l'observation a été perdue : il signale seulement qu'une femme qui présentait des lésions évolutives de tuberculose, est avortée dans les premiers mois. Cicatrisation des lésions : depuis, nouvelle grossesse menée à terme.

Voron cite, au congrès de Genève, un cas heureux de **COR-DIER** : Tuberculose bilatérale à début subit, hémoptisie au début du 2^e mois de gestation. Bacilles de Koch dans les crachats. Avortement à la fin du 2^e mois. Etat stationnaire pendant 4 mois. Actuellement guérison apparente datant de 14 mois.

Cas de Vallois et Roume : (encore un succès signalé au dernier congrès de Genève. Longuement décrit dans thèse de Girard).

II^e Pare. — Grossesse de 4 mois 1/2. Tuberculose pulmonaire en évolution. B. K. + +. Aggravation rapide. Avortement thérapeutique. Amélioration. Nouvelle grossesse : au 2^e mois, excellent état de la femme, pas de fièvre, peu de signes stéthoscopiques. Ne crache pas, ne tousse pas. On laisse évoluer avec seul traitement médical (Methyl arsinat, Recalcifiant, Adré-naline, etc.) Au 5^e mois, excellent E. G. Radio : lésion de sclérose : calcification.

Brusquement avortement de cause inconnue. Suites de couches sans complication.

Ce cas est indiscutablement un succès, mais l'avortement pratiqué trop tard, après 4 mois 1/2, a remporté un succès exceptionnel, qu'on ne devra jamais espérer pour d'autres cas semblables. (Voron, Bar, Pankow, Kupferlé sont unanimes pour rejeter les tentatives faites si tard).

Il existe une deuxième observation de *Vallois et Roume*, mais elle est négligeable : pas de B. K., malade pas suivie du

tout. Le cas est pourtant intéressant à relever car, deux jours après l'avortement qui fut laborieux, la malade fit une réaction péritonéale grave. Fièvre élevée, pouls rapide. Hoquet : on était au 4^e mois.

Terminons cette première série d'observations par deux échecs de Gonnet :

Obs. XXXIX (Colombet). — Tuberculose débute avec 3^e grossesse. Avortement thérapeutique à 4 mois 1/2 : mort 4 mois après (échec par âge avancé de la grossesse).

Obs. XL (Colombet). — Tuberculose antérieure à grossesse. Aggravation par grossesse. *Signes étendus.* Température 38°5, 39°, mauvais état. Avortement à moins de 4 mois. Mort 4 mois après (échec par lésions trop étendues).

Enfin, un échec particulièrement marqué de Commandeur et Patel :

Obs. XXXVIII (Colombet). — Tuberculose antérieure à grossesse, aggravée par elle. Symptômes fonctionnels et physiques habituels. D. Règles : Novembre 1904. Hémoptisie en Février 1905. B. K. + +. Amaigrissement, vomissements. Avortement à un peu plus de 3 mois : très difficile à provoquer. *Après l'avortement*, la fièvre s'allume. Aggravation de l'état de la femme, cystite, etc. Mort en fin de l'année 1905.

A ces observations de provinces on peut joindre quelques observations rappelées au congrès de Genève :

Les 7 observations de Rossier (de Lausanne) : 7 avortements (femmes suivies), plus deux femmes n'ont pu être retrouvées.

Quatre sont mortes de tuberculose dans l'année, sans que l'on est l'impression que l'avortement ait modifié en quelque sens l'évolution de l'aggravation.

Une (ancien P. A.), a récemment accouché d'un enfant en bonne santé : on lui a refait un P. A.

Une nouvelle grossesse, nouvelle interruption prophylactique à cause de laryngite tuberculeuse.

Une, quatre grossesses sont survenues depuis, deux se sont terminées par des avortements spontanés : deux ont été interrompues.

Les 7 observations de Técon (de Leysin), dont 2 dans Revue Médicale de la Suisse Romande, 1911 :

1) Tuberculose en 1904 avec B. K. Amélioration en Avril 1910, entre à Leysin : bacilles +, craquements humides à droite. Grossesse en Octobre. Avortement à 2 mois, en Décembre. En Avril 1911, améliorée.

2) Tuberculose en 1903 après grossesse. Cure à Leysin. En 1904, en Septembre, entre à nouveau : grossesse et aggravation : B. K., craquements humides sommet droit. Avortement en Janvier 1905 à moins de 4 mois : amélioration. En bonne santé 6 ans après.

Les 5 autres observations de Técon (Revue Suisse de Médecine, 1913) :

Avortement provoqué dans les 12 premières semaines. Trois fois la marche de la tuberculose est enrayée.

Pour les deux autres : l'une, aucune influence, évolution continue ; l'autre : *l'avortement déclanche une poussée évolutive extrêmement grave*, avec ramollissement et caverne.

Les 16 cas rapportés par Weymeersch et Olbrecht répartis ainsi :

6 de *Pauporté* (observations complètes dans l'annexe du rapport de W. et O : 5 succès)

Observation I (ne relate pas la présence de B. K.)

Tuberculose évolutive sommet droit. Température 37°7-39. Aggravation progressive. Avortement médical au 4^e mois. Rémission de la t. au 30^e jour : arrêt des lésions pulmonaires. Cure 9 mois. Guérison apparente jusqu'en 1921, récurrence à droite. Cure 6 mois, amélioration depuis.

Obs. II Pauporté, de Bruxelles. — Accouchement il y a 5 mois. Réactivat d'anciennes lésions depuis un mois. B. K. + + . 37°5-38°. Avortement à 3 mois. Chute de température. Amélioration des symptômes des 15^e jours. Cure. Guérison apparente après 10 mois.

Obs. III Pauporté. — Tuberculose ancienne. Poussée évolutive à droite au début de grossesse. B. K. + . 38° le soir, puis bilatéralisation. Avortement à 2 mois et demi. Remission. Cure 6 mois. Guérison. Nouvelle grossesse menée à terme sans incidents.

Obs. IV Pauporté. — (ne relate pas la présence de B. K.) Sclérose sommet droit. 38° le soir, enceinte de un mois. Observation 2 mois : manifestation congestive sommet droit, adénite cervicale à droite, amaigrissement, asthénie accentuée. Avortement à 3 mois et demi. Amélioration plus de fièvre. Disparition des manifestations congestives sommet droit. Actuellement guérison.

Obs. V Pauporté. — Infiltration étendue bilatérale. B. K. + : symptôme de réactivation depuis 3 mois. Grossesse de 4 mois. Avortement. Amélioration. Cure 12 mois. Reprend son travail. Statu-quo 1918-19-21 (aurait eu une fausse couche de 2 mois dans l'intervalle, sans retentiss. pulmon.

1922. Grippe, Broncho pneumonie. Granulie. Mort.

1 Echec : Obs. VI Pauporté. — T. certaine B. K. + . Enceinte de 2 mois, réactivation de lésion, abortus provoqué probablement. *Aggravation locale*, extension des lésions. Amélioration notable par cure.

5 Cas de Cocq (de Bruxelles). — *Un échec* : mort quelques mois plus tard. Les 4 autres dont 2 pratiqués à deux années d'intervalle chez la même femme furent suivis de l'amélioration cherchée.

4 Cas de Brouha (de Liège) plus 2 perdus de vue ne sont pas à retenir.

1 décès. 3 relativement bien portantes.

Considérons maintenant les cas signalés à Paris.

2 cas rapportés par Léon Bernard. 1^{er} Cas. — Avortement thérapeutique à 2 mois en pleine évolution tuberculeuse avec ramolissement rapide. Aucune modification. Mort 4 mois après

2^e cas de Léon Bernard : Géorgienne qu'on a fait avorter pour tuberculose. Seconde grossesse; on la laisse évoluer : enfant et mère bien portants.

(Les observations de ce type ont été prises à la défense des deux thèses opposées : 1°) la femme aurait aussi bien supporté sa première grossesse qu'elle a supporté la seconde : avortement inutile; 2°) la femme n'a pu mener à bien sa seconde gestation que parce que les lésions avaient eu le moyen de guérir grâce à l'avortement de la première grossesse.)

Un cas inédit que nous devons à M. Rist : (L... Marguerite) En Février 1923, toux, expectoration, fièvre. Diag. : congestion de poumon.

Mai 1923 : début de gestation.

Août 1923 : Avortement thérapeutique à Strasbourg, 3 mois de repos à la campagne.

Janvier 1924 : un peu de toux, pas d'expectoration. Jamais d'henoptisie ni sueurs, pas d'amaigrissement. Jamais d'examen de crachats (!!)

Sympt. physique : Diminution du murmure vésiculaire des 2 sommets. Inspiration et expiration un peu soufflante. Quelques craquements au sommet droit.

Radio : Taches et marbrures sur la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche avec cavité probable.

Le 26 Mars 1924 : Seule légère matité et diminution du murmure vésicule des deux sommets, surtout à droite.

3 cas de Sergent (l'un d'eux est l'obs. Kuss, Sergent, Brindeau).

Dans les trois cas, lésions bilatérales réveillées en début de grossesse. « Dans les trois cas j'ai vu l'incendie qui s'allumait, s'éteindre par intervention. Mes trois malades, après un recul de trois ans, cinq ans et quatre ans, ont actuellement toutes les apparences de la guérison clinique et ne présentent aucun signe de lésions pulmonaires en évolution. »

3 cas de Jeannin : ont été cités comme succès par l'auteur. Femmes revues longtemps après : en bon état.

Un cas de Metzger (1922, société d'obstétrique) : succès.

Tuberculose débutant avec grossesse. Toux, amaigrissement, asthénie très marquée. Signes stéthacoustiques bilatéraux, surtout à droite. Radio montre poumon droit parsemé de taches très nombreuses. Kuss est d'avis que la tuberculose a été déclanchée par la grossesse qui garde la plus fâcheuse influence. Avortement par Metzger. Depuis, amélioration tant locale que générale.

(M. Metzger a bien voulu nous donner des nouvelles récentes. Actuellement début de grossesse (1924). M. Metzger juge l'état assez floride pour la laisser aller à terme. Derniers renseignements du 10 Mars 1925 : la femme a accouché heureusement. La mère et l'enfant vont bien.

2° cas (inédit) de Metzger : Tuberculeuse de retour de cure à Leysin.

Depuis trois semaines amaigrissement considérable (12 k.) Lésions pulmonaires importantes, incompatibles pour M. Metzger avec une grossesse qui débute. Le début de la gestation coïncide exactement avec le début de l'amaigrissement. Avortement thérapeutique. Trois jours après, l'amélioration commence, l'amaigrissement a fait place à une reprise de poids qui se poursuit. (Malade en observation).

Les 9 observations de Bar. — Rappelons encore l'importance qu'il donne à l'endodermo réaction. « Quand les lésions s'accroissent avec une forte réaction à la tuberculine, j'ai tendance à m'abstenir tout en me laissant diriger avant tout par l'examen des poumons. Au contraire, avec des lésions apparemment assez peu graves mais avec réaction nulle ou très faible, j'interviens si les lésions paraissent avoir débuté avec la grossesse.

« Depuis 15 ans, je n'ai pratiqué l'avortement que 9 fois dans ma pratique privée et ce faible nombre montre combien je suis réservé sur ces sortes de décisions. J'ai suivi toutes mes opérées. Une seule a succombé à une tuberculose, trois ans après l'intervention : toutes les autres, *dûment soignées*, ont vu les lésions pulmonaires s'arrêter. Trois d'entre elles sont redevenues enceintes alors que les lésions paraissaient guéries. Leur grossesse a évolué sans réveil. »

Voici une nouvelle observation d'Hôpital inédite (due à l'obligeance de M. le Professeur Bar) :

(Corn... Marthe) 26 ans, I Pare .Tuberculose ancienne (début en 1917). Le 14 Septembre 1922 se présente enceinte de 4 mois. Depuis les dernières règles, la malade se sent plus fatiguée, elle maigrit, tousse et crache davantage, dyspnée d'effort, fatigue, inappétence, sueurs nocturnes (ne prends pas sa température). S. physiques : râles humides bilatéraux. Radio : collection hydro aérique suspendue à la partie moyenne du poumon droit; lésions plus discrètes au-dessus. Calcification à gauche. *Rétrécissement Mitral*. Du 14 au 27 Septembre, amaigrissement de 1 kg. B. K. nombreux. Besredka douteux plutôt positif. *Endo dermo presque négatif*. Pas de fièvre. Avortement thérapeutique le 27 Septembre 1922. Bonnes suites immédiates. Poids à la sortie : 45 k. 500. Endo dermo +.

Perdue de vue par M. Bar.

Nous la retrouvons prise en traitement chez M. Rist auquel nous devons la fin de l'observation.

Depuis l'avortement se sentait mieux, a repris ses forces. Appétit conservé. Novembre 1922, est effrayée par deux crachats sanglants, vient consulter au dispensaire.

En Décembre 1922 : tousse surtout le matin et crache 10 à 12 fois. Appétit conservé. Dyspnée d'efforts. Cyanose des extrémités T. A.-10 1/2-8. Pouls à 96. Foie légèrement douloureux. Cuti faible.

Janvier 1923 : P. A. institué : bon décollement. Poids : 46 k.

Février 1923 : Cyanose des extrémités plus accentuée. Pouls à 100. Tension artérielle (Vaquez : 9 1/2-6.

Avril 1923 : Malaise. Reste alitée. La température monte à 38°5. La malade est plus essoufflée et tousse davantage. On

trouve du liquide dans le P. A. Digitale, amélioration. Le liquide persiste. Poids : 45 k.

Mai 1923 : Liquide augmente. Pas de gêne respiratoire mais la fièvre persiste. Habituellement très bien réglée n'a pas eu ses règles pour la première fois.

Juin 1923 : Poids 42 k. Fièvre.

Juillet 1923 : Ponction de liquide citrin : réinsufflation.

Les parois de la caverne, non déformées au dernier examen pratique le 4 Juin, sont flétries et affaissées.

Fin Juillet : Le liquide augmente à nouveau, monte jusqu'au 3° espace.

Septembre : Cuti positive (pièce de 0 fr. 50). Les radio successives montrent la diminution progressive et notable de la caverne dont les parois se plissent. Liquide très haut.

Octobre : Etat général satisfaisant, la malade a repris 3 k. Température normale, crache toujours. Elle se sent moins fatiguée. Les insufflations sont suspendues en raison de l'abondance de l'épanchement.

Novembre : Malade toujours essoufflée au moindre effort. Le niveau du liquide est encore plus haut (2 travers de doigts sous la clavicule). Cuti presque négative.

En Décembre 1923 : Nette bilatéralisation à l'auscultation.

Février 1924 : Poids : 49 k. Cuti assez positive.

Août : Poids : 46 k. La malade, restée sans insufflation, présente des plèvres apparemment accolées. Nouvelles insufflations faites le 30 Août 1924. Poids : 42 k. apyretique puis le 4, 10 et 18 Septembre. La malade rentre chez elle.

L'issue nous est donnée par une lettre de sa sœur : « A Laënnec, on lui fit un P. A. qui, les premiers temps, a donné un assez bon résultat, mais voici plusieurs mois qu'elle avait de grosses

crises cardiaques et c'est à la suite d'une de ces crises qu'elle est morte le 22 Novembre 1924 en dormant, le Docteur lui ayant fait une piqûre de Pantopon. »

Voici un *autre cas inédit du service du Professeur Bar* : l'observation nous a été fournie par M. Rist, chez qui la malade est venue ensuite se faire traiter.

(*Mass... Octavie*). En Janvier 1917, inscrite au dispensaire avec la mention : « Convalescente de pleurésie gauche secondaire à une tuberculose pulmonaire du poumon gauche ». Bacilles de Koch +. Bon état général. Séjour à Brevannes.

Septembre 1920 : Radio : 2 sommets un peu obscurs et s'éclairant mal à la toux. Symptômes physiques : craquements fosse sous épineuse droite. B. K. = 0.

Novembre 1920 : Dernières règles. Bon état. B. K. = 0 en Janvier 1921.

Juillet 1921 : Accouchement d'une petite fille bien portante. Après l'avoir nourri pendant 2 mois, fatigue et amaigrissement qui oblige la mère à s'en séparer. Cures sanatoriales.

Nouvelle grossesse un an après. — Avortement thérapeutique à Tarnier au 2^e mois (Septembre 1922). A la suite de ce traitement, la malade se sent très fatiguée mais ne tousse pas ni ne crache.

Mars 1923 : Episode aigu ayant duré 15 jours. Toux expectorante. Amaigrissement de 2 k. depuis Janvier.

Avril 1923 : B. K. = 0.

Janvier 1924 : Radio : Toujours mêmes signes de sclérose des sommets.

Septembre 1924 : Revient consulter pour grande fatigue. Radio : sommet gauche contour cavitaire dont le diamètre est d'environ 2 cm.

Octobre 1924 : Bon état général. P. A. institué à gauche.

Bon décollement entretenu. Bon état en Janvier 1925.

Tels sont les cas de M. Bar.

M. Brindeau, à Genève (Août 1923) signale qu'il a pratiqué dix fois l'interruption de la grossesse (par avortement 3 fois, par hystérectomie 7 fois).

Il n'intervient par avortement que dans les 3 premiers mois. Il considère comme justiciable de l'interruption :

(a) La femme dont la maladie coïncide avec une autre affection pour laquelle on peut discuter l'interruption (vomissements graves. Rétric. mitral).

(b) La femme tuberculeuse ayant subi l'aggravation d'un accouchement antérieur et redevenant enceinte presque aussitôt.

Il insiste sur la nécessité d'une intervention rapide et peu sanglante; il faut vider rapidement l'utérus (avortement chirurgical).

Parmi ces 10 malades, une est morte quelques mois après l'intervention; 3 n'ont pu être retrouvées; 6 sont encore vivantes.

Depuis Août 1923 il est intervenu à nouveau plusieurs fois dans son service de Tarnier.

Ainsi 3 cas nouveaux d'avortement thérapeutique :

I Obs. (Mard...) (Observation que nous devons à M. Rist).

32 ans. Début de tuberculose Avril 1923. Toux, expectoration avec fièvre vespérale (38°5-39) sans amaigrissement jusqu'en Juin-Juillet 1923. Se marie (après avis favorable de son médecin !) Part en voyage mais bientôt se sent très fatiguée. 39°-39°6. Amaigrissement. Tousse et crache beaucoup. En Septembre

1923 s'alite. Température à 38°5. Elle reprend 3 k. mais tousse et crache toujours. *Enceinte* : elle consulte le Professeur Brindeau. Vu l'état pulmonaire, l'intervention eut lieu le 24 Novembre 1923. « Elle ne s'en ressent nullement et ses règles, très irrégulières depuis leur établissement, deviennent beaucoup plus régulières.

De Novembre à Janvier 1924 : traitement médical qui la remonte.

Le 1^{er} Janvier 1924 : quelques crachats sanglants sans fièvre.

Février : vient consulter au dispensaire : toux fréquente, expectoration, surtout matinale, abondante. Pouls 120. Râles humides dans tout le poumon droit. Hospitalisée. Anorexie, anémie, Dyspnée : 20 respirations à la minute. Toux fréquente. Expectoration : 30 fois. Cuti assez faiblement positive. Radio : Semis de taches en éventail autour du pédicule gauche : taches peu foncées mais très confluentes. Au sommet droit, plaques étagées en nid d'abeille.

Part le 4 Mai 1924 au Sanatorium des Ombrages, en assez mauvais état.

II Obs. (Solni... Hélène) (Observation que nous devons à notre maître M. Brindeau).

Malade traitée au dispensaire américain pour tuberculose. Tousse depuis 2 ans, a eu des hémoptisies. Amaigrissement de 8 kg. Depuis le début de la grossesse, a maigri de 3 kg. Signes physiques : Submatite gauche et craquements fins à droite : éclat de la voix, expiration soufflante, petits craquements. Une radiographie vérificatrice a été faite à la Pitié. Bacilles dans les crachats. Température irrégulière : crochets à 38°, 38°4, 39°4. Avortement le 4 Août 1924. Suites parfaites : un seul crochet à

38° le 2° jour, puis température fixe à 37°. Un dernier crochet à 38° le 15° jour. La malade rentre chez elle.

Nous en avons obtenu des nouvelles récentes (décembre 1924) après être restée un mois malade chez elle, elle a commencé à engraisser, 2 kg. pendant un mois, puis 2 kg. encore en un mois et demi. Partie à la campagne.

Obs. III (Lera... Jeanne) IX^e Parc. (Observation que nous avons prise dans le service de notre maître M. Brindeau).

Toussait un peu avant sa première grossesse. Continue de tousser pendant la gestation. Premier accouchement en 1911. La mère se sent plus fatiguée après son accouchement : elle allaite : l'enfant meurt à 8 mois de méningite tuberculeuse.

Quatre fausses couches successives.

Deuxième grossesse normale en 1913 : l'enfant devait faire un mal de Pott à l'âge de 12 ans.

Une 5^e fausse couche quelques mois après cette grossesse.

C'est alors que la malade constate une aggravation de son état pulmonaire et va consulter pour la première fois à Laënnec.

En 1914 : pleurésie sèche de la base droite. Hémoptisies. Est envoyée à Brevannes 7 mois.

Troisième grossesse menée à terme en 1923, fille de 7 livres en bon état en 1925, mais cuti positive et signe radiologique. Après son dernier accouchement avait maigri un peu mais ne signale pas d'aggravation notable : n'a pas pris sa température.

En 1924, aggravation très nette en Avril. Toux + +. Affaiblissement, fièvre 38°2-38°5 vers midi.

Dernières règles 10 Octobre : c'est la 9^e grossesse. Vient consulter à Tarnier en Décembre. Hospitalisée. Tousse sans arrêt : il lui est impossible de rester une minute sans tousser. Poly-

pnée : 34 à la minute. Pouls 85 (s'accélère lors des quintes). Pas de fièvre. B. K. + Cuti assez faiblement positive.

Examen radiologique : Les deux sommets sont voilés. Le droit ne s'éclaire pas à la toux. Chaîne ganglionnaire bilatérale. Nombreuses arborisations à droite.

Examen stétacoustique : Matite franche des deux sommets, plus à gauche. Submatite à la partie inférieure des deux poumons, vibration très mal perçue aux sommets.

a) *en arrière.*

A droite : Grande diminution du murmure vésiculaire. Craquements très humides au sommet après la toux et beaucoup plus nombreux à la base droite.

A gauche : Diminution du murmure vésiculaire au sommet : quelques petits craquements après la toux. Pectoriloquie aphone, Respiration rude à la base.

b) *En avant.*

Petits craquements très rares au sommet droit après la toux.

Avortement provoqué le 26 Décembre 1924. Les jours suivants, petite réaction salpingienne passagère. Température 37° à 38°.

Sort le 18 Janvier en excellent état : Ne tousse presque plus. N'a plus de dyspnée. Crache un peu (B. K. encore dans les crachats). Signes physiques : Matite franche des 2 sommets. Submatite base gauche. Sonorité normale de la base droite. Vibrations très nettement perçues aux 2 sommets. Respiration soufflante aux deux sommets. Très rares craquements humides et seulement après la toux. Respiration normale aux bases.

Malade revue mars 1925 : elle vit dans des conditions d'hygiène et de logement déplorables : la toux augmente à nouveau.

A ces observations nous croyons intéressant de joindre deux cas signalés dans la Thèse de Sakka-Ali, malgré que la preuve bactériologique n'ait pas été donnée.

Obs. XXXVI. 5^e Parc. — 32 ans. Pas de B. K. mais température vespérale dépassant 38°. Amaigrissement. Frottements pleuraux, râles fins aux sommets. Etat général très mauvais. Interruption de grossesse à 3 mois 1/2. Presque immédiatement amélioration de la malade.

Obs. XXXVII. 2^e Parc. — 21 ans. Pas de B. K. mais crachats hémoptoïques, fièvre 38°3. Toux, expectoration. Pouls 120. Diagnostic de tuberculose du sommet droit posé par Lesné. Avortement thérapeutique. Amélioration notable. Engraissement.

Après ces observations françaises, belges et suisse, certaines observations allemandes méritent d'être rapportées, présentant de suffisantes garanties pour être prises en considération, telle celles de PANKOW et KUPFERLE où le diagnostic a été chaque fois posé par un phthisiologue. (D'après la traduction de Chirié et Walter). Ces auteurs ont suivi pendant 5 ans, 98 tuberculeuses chez lesquelles ils avaient pratiqué l'avortement pour tuberculose pulmonaire évolutive. Pour 68 cas, on est intervenu dans le premier tiers de la grossesse.

61 cas au stade I de Turban	}	Mortalité : 0. Aggrav. : 6 ;
		soit 10 % seulement
		Stationnaire 11. Améliorés : 44 ; soit 72 %.
5 cas au stade II.....	}	Mortalité, 1. Aggravés,
		1. Améliorés, 3.
2 cas au stade 3.....		Les 2 sont mortes.

Les interventions du 2^e tiers de la gestation portent sur 13 cas. Il n'y a plus que 38,5 % de cas favorables pour l'ensemble.

Enfin, pour les interventions au cours du dernier tiers, il y a aggravation de 70 % des cas avec 50 % de mort. C'est à peu près le pourcentage normal sans avortement.

Pour les multiples si heureuses observations de Strumman et Mordkovitch, il est évident que le diagnostic de tuberculose a été insuffisamment posé dans l'immense majorité des cas. Mais pourtant, à lire l'exposé clinique de certains cas heureux (hérédité tuberculeuse et contamination probable, toux persistante, sueurs, fièvre) on est tenté de croire qu'il s'agit bien parfois de tuberculose évolutive dont la signature est parfois donnée par une hémoptisie. Pourtant nous ne retiendrons que l'*Obs. XVI* in thèse Mordkovitch, où il y a B. K.+ ophtalmo-réaction+. Aggravation. Toux et expectoration de plus en plus abondante.

Avortement à 2 mois. Amélioration rapide et engraissement de 4 kilogs.

Dans le rapport même de Forsner nous trouvons un cas qui peut être considéré comme succès de la méthode :

3^e Observation de Lindhagen. — Juillet 1916 début de tuberculose post. gravidique. En Septembre, processus catarrhal spécifique du lobe supérieur droit diffus et léger dans tout le poumon. Pas d'altération sensible à gauche. Affaiblissement léger, pas de fièvre. *Après avortement provoqué au 4^e mois, l'état s'améliore.*

Nouvelle grossesse débute en Mars 1918. En Août, affection aigue pulmonaire (grippe espagnole ?) après laquelle on constate tuberculose laryngée. Octobre 1918, progression du catarrhe du poumon droit, quoique sans altération grave. Le

poumon gauche reste libre. Etat général plus mauvais sans fièvre.

Accouchement de jumeaux : suites immédiates de couches normales. Mais la tuberculose prend une forme foudroyante avec fièvre et la malade succombe sept semaines plus tard.

Enfin M. le Professeur I. Mönkeberg, de Santiago du Chili, a bien voulu nous faire la communication suivante sur des observations qu'il se réserve de publier prochainement.

Sur 40.000 femmes enceintes, il n'a trouvé que 7 fois légitime l'interruption de la grossesse pour tuberculose pulmonaire. Dans tous ces cas les bacilles de Koch étaient constatables dans les crachats. Toujours intra-dermo réaction et Besredka négatif ou faiblement positif. Chez certaines, il y avait de la fièvre. Les avortements furent pratiqués avant le 3^e mois. Dans les 7 cas les résultats furent heureux.

Des résultats donnés par l'avortement simple on doit rapprocher ceux de l'avortement suivi de stérilisation tubaire, et les hystercéтомies sur utérus gravis.

La *stérilisation consécutive*, pour ses défenseurs, doit compléter la thérapeutique abortive dans les cas où la tuberculose et la gravidité paraissent définitivement incompatibles (lésions cavitaires stabilisées, enkystées, qui peuvent permettre longue survie si rien ne vient déterminer la poussée fatale).

Mais, précisément, la femme qui a de telles lésions et dont une première grossesse traitée par l'avortement l'a prévenue du péril, n'est guère tentée de renouveler l'expérience.

Dans notre pays, à natalité déjà faible, la rareté des grossesses chez les tuberculeuses a d'ailleurs été remarquée par tous. Si l'évènement fort improbable arrive, la malade s'inquiètera assez tôt pour qu'un second avortement très précoce ne soit pas plus choquant qu'une stérilisation. Enfin, pour tous les cas où la femme vient consulter trop tard, Bar et Brindeau, Metzger en France, préfèrent encore l'*hystérectomie*.

HYSTÉRECTOMIE

Celle-ci a pour Bar et son école l'avantage d'enlever l'aire placentaire, pour eux foyer de toxines et d'infection : de plus, supprimant le retour de couches et les périodes menstruelles qui, pour Bezançon et bien d'autres, sont des moments critiques parfois marqués par des poussées évolutives graves, elle diminue les dangers auxquels se trouve exposée particulièrement la femme, et, par une ménopause précoce, provoque un rapide engraissement.

Cette thérapeutique mutilante n'est pas allée sans soulever un « tolle » général. On fit remarquer que l'embonpoint de la ménopause précoce n'est nullement une preuve de santé mais le témoignage d'un trouble dans le métabolisme général. L'une des critiques les plus impressionnables fut donnée par les travaux de Coulaud qui insista sur les tuberculoses déclanchées par la ménopause (cela particulièrement chez les goitreuses) et surtout par sa présentation à la Société médicale des résultats de ses cuti réactions chez les femmes récemment castrées : le pourcentage des cuti négatives ou faibles était devenu le double du pourcentage normal : 53 femmes ayant subies l'ovariotomie unie ou bilatérale ; 53 femmes témoins ayant subi toute autre opération. Les cuti ont été pratiquées de 3 à 60 jours après les interventions chirurgicales. Après opérations diverses, la proportion des cuti négatives ou douteuses a été de 19 % environ. Après ovariectomie elle atteint 44 %. Après ovariectomie bilatérale elle dépassait 50 %. Coulaud explique le fait par l'hyperthyroïdie qui succède à l'ovariectomie. Il est vrai qu'expérimentalement si l'ovariectomie entraîne d'abord une suractivité fonctionnelle du corps thyroïde elle entraîne finalement sa déchéance.

Quoiqu'il en soit de ces théories, voici les résultats donnés par les hystérectomies que nous avons pu rassembler :

Bar : « J'ai pratiqué 15 fois l'hystérectomie dans des cas où la grossesse était à son début, où la réaction à la tuberculine était nulle ou à peine marquée, bien que les lésions ne fussent pas très graves en apparence. J'ai vu la réaction redevenir normale un mois après l'opération alors que les lésions s'amélioreraient et que l'état général devenait bon.

« Sur ces 15 observations, l'une a succombé peu de mois après l'intervention. L'état des autres s'est amélioré pendant les mois qui ont suivi leur départ. »

Sur quatre d'entre elles, voici quelques détails inédits que nous devons à M. Bar :

1^{er} Cas (A... Marie) (Boucicaut). — 35 ans. Deux grossesses antérieures. Enceinte de un mois environ. Tuberculose des deux sommets constatée aux rayons X. Amaigrissement considérable, pâleur. Hystérectomie abdominale (scopolamine, morphine et chloro). Suites opératoires : 38°5 le lendemain, puis 38° pendant deux jours ; retombe à 37°5. Sort le 13^e jour.

Revue six mois après en bon état, a engraisé.

2^e Cas (C... Gabrielle) (Boucicaut). — 28 ans. Primipare. Malade depuis Août 1917 (bronchite suspecte). Enceinte début de Décembre, perte d'appétit, vomissements, amaigrissement considérable, fièvre continue. Vue à 5 mois 1/2 : caverne du côté droit, râles multiples. Râles et craquements à gauche : dyspnée pâleur, température entre 38° et 39°. Diagnostic de radio : « Tuberculose généralisée aux deux poumons ».

Très nombreux bacilles dans les crachats.

Réaction à la tuberculine presque nulle.

Hystérectomie à 5 mois $3/4$ (chloro). Suites opératoires : 38° , 38° , $37^{\circ}5$, 38° , 38° . La température se maintient entre 38° et $38^{\circ}4$. Sort le 18^e jour pour aller à Brevannes. Revue un an après, va beaucoup mieux, a engraisé et surtout se sent beaucoup plus forte.

3^e Cas (Delal...) (La Pitié). II^e Pare. — 30 ans. Père mort de tuberculose. Malade depuis dix ans. Hémoptisie à répétition. Grossesse en 1919. La maladie s'est aggravée principalement dans les suites de couches. A considérablement maigri et pâli. Enciente actuellement de 2 mois environ. Lésion des deux sommets, principalement à gauche (vérification radiologique).

Endodermo négative. Hystérectomie abdominale (anesthésie régionale au chlorure d'éthyl). Suites opératoires normales : $37^{\circ}8$ - $37^{\circ}8$ puis $37^{\circ}5$ jusqu'à la sortie. Le 20^e jour la réaction à la tuberculine est nettement positive. Sortie 24^e jour. Revue deux mois après : les lésions semblent stationnaires : a engraisé de 800 gr.

4^e Cas (Tra...) (La Pitié). — II^e P. bien portante avant sa première grossesse. Pendant cette grossesse, bronchite avec fièvre, a beaucoup maigri. Actuellement grossesse de 4 mois. Depuis le début de cette grossesse, aggravation considérable, appétit nul, dyspnée, pâleur, fièvre continue. Lésions des deux poumons 2^e et 3^e degré. Examen aux rayons : opacité très étendue des deux sommets. Bacilles dans les crachats. Endodermo négative. Hystérectomie (anesthésie à la novocaïne aidée du chlorure d'éthyl), choc nul. Suites de couches fébriles sans grand changement. La réaction à la tuberculine faite le 13^e jour

était très fortement positive. Malade revue trois mois après sans grand changement.

Nous avons pu retrouver une autre de ces hystérectomies : l'observation ayant été égarée, nous donnons le récit que nous a fait récemment la malade elle-même (en l'absence de l'observation nous ne pouvons apporter le témoignage de la présence de bacilles).

(M^{me} Bell...) Toussait et crachait depuis sa jeunesse.

1^{re} grossesse : enfant mort à 17 mois.

2^e fausse couche avec curetage, en 1910.

3^e grossesse : enfant mort à 3 mois en nourrice.

4^e grossesse : accouche à 7 mois 1/2 en 1913. La grossesse avait été très mal supportée (vomissements + +).

5^e grossesse : état pulmonaire non modifié, mais état général très atteint. Asthénie, vomissements. N'a jamais eu de fièvre ni d'hémoptisie.

Endo-dermo faible. Hystérectomie à 4 mois.

Amélioration progressive. Actuellement (1925) en bonne santé, travaille à un métier fatigant. A l'auscultation, submatité du sommet droit. Quelques râles de bronchite. La voix est voilée depuis 1914, mais il ne s'agit pas de laryngite tuberculeuse.

Outre ces 15 cas antérieurs à 1922, nous apportons une dernière hystérectomie de Bar d'Avril 1922 : un échec.

M^{me} Merz. Louise) II P. — Pneumothorax partiel à gauche, lésions à droite. Bacilles de Koch +. Endo-dermo négative. Besredka positif. Hystérectomie de 4 mois le 3 Avril. Mauvaises suites. Décès le 21 Juin.

BRINDEAU dit au Congrès de Genève avoir pratiqué sept fois l'hystérectomie avec satisfaction quant au résultat immédiat. Voici quelques détails sur quatre d'entre elles.

I. (*Delab...*). — Enceinte de six semaines. Lésions bilatérales s'excavant. Intra-dermo négative. Hystérectomie. Intra-dermo reste négative. Décès au bout de deux mois.

II. (*Bern...*). — Même type de malade. Lésions bilatérales. Intra-dermo négative. Hystérectomie à 3 mois. Intra-dermo positive, amélioration. Revue en 1924 : se porte très bien. (En l'absence de l'observation, nous ne pouvons apporter le témoignage de la présence de bacilles).

III. (*Le Pu... Joseph*), 38 ans, II P. — Une grossesse : accouchement et suites normales. Entre pour tuberculose et grossesse de 4 mois en Octobre 1922. Il y a 1 an 1/2, congestion du sommet droit : un mois 1/2 après on trouve une pleurésie gauche. Il y a 7 mois, quelques crachats de sang. Il y a 10 jours, nouveaux crachats. La malade dit ne pas avoir maigri, bon appétit, pas de sueurs nocturnes. N'a jamais eu de fièvre.

Examen : à gauche, élévation de tonalité à percussion du sommet, matité hilaire avec souffle caverneux. Matité à la base. Craquements humides dans toute la hauteur en avant et en arrière; à droite : légère élévation de tonalité au sommet. Respiration rude. Pas de fièvre. Purée de bacilles. Endo-dermo faible. Besredka positif. Malgré une augmentation de poids de 800 gr. en 12 jours, on se décide à intervenir. Hystérectomie à 4 mois 1/2 (6 Novembre 1923). Suites opératoires parfaites. *Revue en Septembre 1923 en bon état.* A été soignée, dans la suite

par P. A. « Est morte le 26 Mars 1924, à Tenon, de sa terrible maladie », nous a écrit son mari sans détail.

IV. (*Ama... Jeanne*). — Première grossesse en 1918, normale mais rétention de placenta : curettage. Allaita, fatigue pendant l'allaitement vers 8^e mois, un peu de fièvre nocturne. Toussait sans cracher. Continue d'allaiter et de travailler. Au bout d'un an sevrage et départ à la campagne (Août 1921); à ce moment première hémoptisie d'un demi-litre. Nouvelle hémoptisie un mois après, se met à expectorer crachats muqueux puis mucos purulents. Hospitalisée à Brevannes. A partir de cette époque, hémoptisie supplémentaire tous les mois, mais reste réglée jusqu'à sa grossesse actuelle. A maigri de 10 kg. en un an et demi. S. P. : Lésions bilatérales en évolution. Prédominance à droite où il y a, aux sommets, des signes cavitaires. Radio : Lésions bilatérales étendues. Mie de pain à droite (petites cavernes). A gauche, même lésion mais cavités plus petites. B. K. + à plusieurs reprises. Intra-dermo positive. Pression artérielle 17-10 1/2.

Hystérectomie 10 jours après son hospitalisation, au 4^e mois. *Nov 22*

Température oscillante dans les 25 jours qui suivirent entre 37°, 38° et 39°. L'expectoration reste entre 50 et 70^{ml}. La malade rentre chez elle. Décédée en 1924.

A ces 7 cas s'ajoutent actuellement *deux nouveaux cas* :

I. *Calm...* — Juillet 1924, Hystérectomie à 4 mois sur lésions avancées. Très mauvaises suites. Température à grandes oscillations. Quitte le service sur un brancard pour mourir chez elle un mois plus tard.

II. *Verl... Régine*. III P., 26 ans. — Il y a cinq ans, bronchite grave avec atteinte de l'état général. Depuis, toux fréquente. Continue de travailler, présente une hémoptisie légère, fatigue, faiblesse.

Deux fausses couches (1921), 3 mois 1/2 et 3 mois (1922), avec grosses hémorragies. Nouvelle grossesse en Mai 1923. Dès le début, vomissements, douleurs abdominales, étourdissements, la malade signale l'augmentation de la toux. Apparition de l'expectoration, stries sanglantes. Point douloureux sommet gauche. Apparition de fièvre vers 39°. Perte d'appétit, amaigrissement : 9 kg. en 3 mois. Sueurs nocturnes : Mais pas de B. K., même après enrichissement.

Examen 14 Septembre par phtisiologue : « Rien à noter en avant du thorax sous les clavicules, sauf une diminution nette des vibrations et de la respiration à gauche.

« En arrière, signe de pleurésie au sommet gauche avec douleur à la pression des masses musculaires. Respiration diminuée et rugueuse sans matité dans la région hilare droite, foyer de crépitation sans matité. Souffle hilare. En comparant ces constatations à celles de la radiographie (lésions étendues et bilatérales) et aux signes fournis par l'interrogatoire, il s'agit vraisemblablement de bacillose évolutive à forme superficielle de cortico-pleurite. L'allure est relativement bénigne à l'heure actuelle, mais il faut craindre l'extension des lésions soit avant l'accouchement, soit après. »

Le phtisiologue conseille le traitement médical. M. Brindeau juge préférable d'intervenir car Cuti négative.

Hystérectomie à 3 mois 1/2, le 18 Septembre. La température de 38°5 le lendemain de l'intervention descend régulièrement et lentement à 37°6 qu'elle atteint le 4^e jour. Malade quitte

le service le 27 Octobre : 37°. Depuis le 30 Septembre, excellent état général. Aucun signe fonctionnel, ni toux, ni expectoration, pas de fièvre. Le 30 Novembre on revoit la malade. Râles disséminés à droite et à gauche, plus marqués à gauche. Etat pulmonaire stationnaire. N'a pu être retrouvée.

METZGER a pratiqué une fois l'hystérectomie en clientèle. (Nous lui devons cette observations inédite).

M^{me} X..., II pare. — Première grossesse normale. Il y a six ans, première poussée de tuberculose complètement guérie apparemment lorsque deuxième grossesse en fin 1923. Dès le début, réveil des lésions et évolution fébrile. Hémoptisies. Amaigrissement de 12 kg. en quelques mois. Très mauvais état : lésions bilatérales. M. Metzger, appelé en consultation, propose l'hystérectomie à 4 mois 1/2. Hystérectomie début d'Octobre 1924. Actuellement très nettement améliorée, la malade a engraisé de 5 kg. (Mars 1925).

Enfin ajoutons un cas dont le résultat fut donné par LÉON BERNARD :

Juin 1922 : Hystérectomie à la Pitié. III Pare traitée par Pn. artif. Un mois et demi plus tard, aggravation et mort.

Disons pour terminer que Bar n'est guère enthousiaste pour ^{celle} une grosse opération.

De ces observations d'origines diverses, dont les renseignements sont de valeur bien inégale, tant pour les indications précises de l'intervention que sur les suites un peu éloignées, il est

impossible de dresser une statistique honnête permettant d'opposer un nombre plus ou moins grand de succès au nombre si impressionnant de tuberculose aggravés par la grossesse.

Pourtant quelques constatations restent possibles :

1°) On ne peut relever que deux cas (un de Commandeur et Patel et un de Técon, de Leysin) où l'avortement ait été la cause vraisemblable de l'aggravation. Il faut en rapprocher encore un cas de Rossier d'hystérotomie par voie abdominale suivie d'ablation des trompes, cas où la femme, remise de l'opération le 19^e jour, mourut de tuberculose miliaire le 42^e jour. Il faut rappeler aussi le cas de Valois et Roume où il y eut une réaction péritonéale particulièrement inquiétante après l'avortement mais qui guérit.

2°) Pour les autres échecs, l'on n'a pas l'impression que l'avortement ait modifié plus particulièrement en mal l'évolution antérieurement grave de l'affection.

3°) Les échecs ont été de règle quand les avortements furent faits après le 4^e mois ou bien (et surtout) sur des lésions étendues ou largement excavées.

4°) On relève des échecs pour les interruptions faites dans les meilleures conditions de temps et de terrain.

5°) S'il est possible qu'un petit nombre d'interventions à succès ait été fait sans nécessité, sur des formes non évolutives, il existe, fait capital, un bon nombre de succès indubitables, cas où une aggravation évidente, rapide, qui n'avait que bien peu de chance de s'arrêter spontanément, a été enrayé nettement par l'avortement. L'état de la malade s'est indiscutablement amélioré. Certaines femmes, dûment soignées, ont pu guérir : quelques-unes ont même pu, depuis, mener à bien une grossesse.

Ce pourcentage de succès est-il suffisant pour légitimer la méthode ?

C'est là un problème indéfiniment discutable entre les interventionnistes et leurs adversaires.

Ne pouvant faire appel à la force des statistiques, les interventionnistes considèrent les cas particuliers de succès où une tuberculeuse vraisemblablement condamnée par une aggravation gravitique a eu la vie sauvée par l'avortement. Ils relèvent aussi les observations de malades semblables où l'intervention fut refusée à la gestante par un abstentionniste et qui moururent par la suite, parfois même ainsi que leur enfant.

Les non-interventionnistes répondent par les cas heureux où l'avortement est refusé à une tuberculeuse qui finit par terminer sa grossesse sans aucune aggravation, parfois avec bénéfice. Tel est le cas de LAURENTIE (Mai 1924) :

Cas de Laurentie. — Une femme atteinte de tuberculose évolutive veut, malgré plusieurs conseils d'avortement, mener à terme sa grossesse, en station climatérique. Enfant bien portant, mère améliorée.

Les abstentionnistes relèvent surtout le nombre de foeticides indiscutablement inutiles, par suite du décès inévité et à brève échéance de la femme (2 cas de Léon Bernard) ou bien par suite d'une intervention à la légère en l'absence de signe d'aggravation, d'évolution, chez une tuberculeuse à type fibreux, floride, stabilisé... parfois même (bien souvent dans certains pays), sans certitude de diagnostic en l'absence de bacilles contestables dans l'expectoration : ainsi les observations signalées par Léon Bernard, Rist, Dumarest : nous pourrions nous-même en présenter d'autres. Mais une faute grave, « faute grossière » de diagnostic

entraînant une erreur de traitement ne peut être comptée à la charge d'une méthode thérapeutique, même si elle en montre les dangers : C'est au médecin de savoir son métier.

Mais, critique autrement impressionnante, la majorité des phthisiologues, Léon Bernard et Rist en tête, insistent sur l'insuffisance des moyens pronostic des interventionnistes : pour eux il est impossible de prévoir dans le peu de temps d'observation dont dispose l'accoucheur (souvent moins d'un mois) si la tuberculose encore curable, mais aggravée par la grossesse, ne s'améliorera pas spontanément dans les derniers mois de la gestation.

Nous avons dit ailleurs leur critique contre la valeur pronostique des réactions à la tuberculine surtout chez la femme enceinte.

A un autre point de vue, les adversaires de l'intervention ont étudié les conséquences d'*avortements spontanés* survenus chez des tuberculeuses et présentant ces cas généralement défavorables contre le principe de l'avortement thérapeutique. Mais il est bien rare qu'une grossesse qui se trouve spontanément interrompue ainsi dans les limites de temps fixé à l'A. T., ne le soit pas par un processus aigu (grippe, vomissements incoercibles, urémie, tuberculose aiguë ou très avancée) ou torpide (tel que Syphilis) qui fausse les résultats consécutifs : les avortements spontanés ne peuvent plus être considérés comme identiques à des avortements thérapeutiques. Les avortements non provoqués qui répondent bien aux conditions de l'A. T. deviennent alors très rares et, par leur rareté, peu convaincants.

Voici pourtant quelques observations intéressantes :

Un cas signalé par Chirié à la Société médicale de Saint-Luc (observation complétée par l'obs. du dispensaire Léon Bourgeois).

— (Madame More... Marie), 2 grossesses antérieures (1 enfant de 7 ans, un mort (?). Le début des accidents pulmonaires remonte à un an, début 1921, pas d'épisode aigu mais toux et amaigrissement (10 k. en un an). Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 mars 1922, envoyée par son médecin qui pose la question d'un avortement thérapeutique à 3 mois; début de grossesse en décembre : de décembre à mars la toux a nettement augmenté, expectoration plus abondante, amaigrissement de 3 k. Ce médecin dit n'avoir constaté cliniquement et radioscopiquement que des lésions légères. Elle arrive en service perdant du sang et fait un avortement spontané (9 mars). Un mois après (le 5 avril), est examinée par Dr Ollivier au dispensaire Léon Bourgeois. A l'auscultation : « diminution de la respiration et de la sonorité à gauche en arrière et des râles crépitants et bulleux en avant à gauche. A droite seulement, un peu de diminution de respiration. » Cependant l'examen radiographique montre une image cavitaire sous la clavicule droite et marbrures disséminées à gauche, aspect gris de tout le champ pulm. BK + . Etat général mauvais. « Tousse *encore* beaucoup », surtout le matin, asthénie, 38° tous les soirs. Poids 45 k. 9 (le 30-3-22). *Revue six jours après* : poids 48 k. 300.

(Il est possible que les lésions de la femme se soient aggravées dans le mois qui suivit l'avortement, mais il est aussi permis le penser que la caverne découverte par radiographie existait antérieurement mais échappa à l'examen radioscopique d'un médecin moins expérimenté que M. Ollivier. Depuis l'avortement, la malade reprenait du poids, fait à signaler. Mais la femme devait mourir en Août 1923).

Voici deux cas particulièrement importants que nous trouvons dans les observations Rist. :

(Bon... Lucienne), 22 ans. — Tuberculose datant probablement d'un accouchement en 1920. En Juillet 1921 fait une fausse couche de 3 mois à Saint-Louis. Depuis se sent plus fatiguée, cesse son travail; demeure dans une pièce mal aérée. Marchait toute l'après-midi. Température : 38°-39.

Hiver 1921. Tousse surtout matin et soir. Quintes émétisantes. Maigrit. Octobre 1922, consulte au dispensaire : Tuberculose discrète envoyée à Angicourt. En Mars 1923, nouvelle grossesse : Pn. art. en décembre. Aggravation.

(Deco... Agnès), Lupus à 13 ans. — Tuberculose pulmonaire à début insidieux à 17 ans. Brevanne. Amélioration. Novembre 1918 hemoptisie, fièvre 38°-38°5. Depuis, plusieurs séjours à l'hôpital, mais peu de fièvre. Début de grossesse Mars 1920. La toux augmente, essoufflement plus marqué, vomissements, céphalé subfébrile, 37°5-38°. Craquements localisés aux 2 sommets. Disparition du murmure vésicule de tout le poumon droit. Radio : lésions étendues, excavées, bilatérales. Le 18 Mai avortement spontané (2 mois) avec pertes abondantes : pas d'élévation de température. Sort en Juin 1920 sur sa demande : ne tousse presque plus.

Le 15 Octobre 1920, vient pour faiblesse des jambes ayant débuté à sa sortie de l'hôpital. Douleurs vives, paraplégie flasque, avec atrophie, troubles sphinctériens, douleur spontanée et provoquée à la région lombosacrée. (Les reflexes rotuleux actuellement abolis auraient été très violents, il y a 2 mois).

Bon appétit, tousse et crache peu, 37°7.

N'est plus réglée depuis 3 mois.

Le 19 Octobre, avortement spontané.

28 Octobre. La température devient irrégulière, puis hectique (37°-40) B. K. nombreux.

Mort le 1^{er} Décembre. Pas d'autopsie.

Ces observations se passent de commentaires.

Par ailleurs on a recherché si des tuberculoses pulmonaires ne s'étaient jamais déclaré après un avortement des premiers mois, ce qui serait la faillite de la méthode. Quelques très rares observations ont été retrouvées, mais leur rareté même, comparée à la fréquence des fausses couches d'une part, de tuberculose pulmonaire post-partum d'autre part, leur ôte beaucoup de leur valeur.

Le cas de Trillat (réunion obstétricale de Lyon, 5 Mars 1923) n'est pas à garder malgré que 8 jours après l'avortement pour vomissements incoercibles, la malade ait fait une granulie : ici le terrain était en effet trop préparé à la tuberculose.

Voici pourtant l'un de ces cas (observation Rist.) à retenir :

(*Deldi... Valentine*) 28 ans. Fausse couche de 2 mois 1/2 en Septembre 1923. C'est à la suite de cet accident que la malade commence à tousser surtout la nuit. Toux suivie d'expectoration : diminution d'appétit. Actuellement bon état général, pas d'amaigrissement ni sueurs. Cuti légèrement positive. B K + + . Radiographie : infiltration de toute la hauteur du poumon droit. Lésions cavitaires de petites dimensions aux 2 hiles.

Rentre chez elle, d'abord grosse amélioration, reprise de poids considérable. Mais la malade reprend son travail : aggravation.

Rappelons enfin à la charge de l'avortement thérapeutique, les deux cas où la tuberculose prit un caractère suraigu après elle.

La querelle entre interventionniste et abstentionniste n'a pas tardé à quitter le terrain médical chaque partisan espérant trouver en dehors de lui des arguments pour sa doctrine : Des discussions de morale, de droit, de sociologie, voire de théologie ont été entreprises.

Sur le terrain de *pure morale*, nous entendons dire aux individualistes que le plus certain devoir du médecin est de sauver la malade qui se confie à lui sans autres considérations d'avenir de la race et de repopulation de la France. En face, les collectivistes trouvent que le droit de chacun se limite là où le droit des autres commence, que l'enfant ne peut être privé de son *droit à la vie* dans le seul espoir de *suspendre* l'aggravation de l'affection, généralement mortelle, de la mère.

Auquel argument, certain a répondu bien audacieusement, se souvenant du droit antique, que le fœtus, sinon l'enfant, n'avait aucun droit devant ses créateurs qui peuvent lui oter la vie comme il la lui ont donnée, et que d'ailleurs il n'est pas admissible de parler du *droit* de l'enfant à une vie qu'on lui impose.

Sans oser nous hasarder dans des discussions philosophiques, aussi dangereuses, nous nous contenterons de remarquer que les principales raisons données à l'appui de l'abstention sont d'ordre social ou d'ordre religieux, et c'est celles-ci que nous touchons.

LES RAISONS RELIGIEUSES prennent peut-être plus de place qu'on ne l'écrit dans cette grande discussion. Le « *neminem occides* » a fait ranger dans le groupe des abstentionnistes des médecins qui, sans lui, seraient peut-être encore hésitants entre les deux écoles.

Ce que dit exactement la doctrine catholique sur l'avortement, se trouve dans le Droit Canon (Codex juris canonici, élaboré par ordre de Pie X, promulgué par Benoît XV) :

Chapitre du Baptême, canon 747. « Curandum ut omnes foetus abortivi, quovis tempore editi, — si certo vivant, baptizentur absolute, si dubie, sub conditione. »

« Ce qui signifie que le pape, les cardinaux, les évêques, tous les chefs religieux sont unanimes à penser, malgré l'idée aristotélicienne émise par saint Thomas-d'Aquin (1227-1274) (la vie humaine ne remplaçant que le 40^e jour la vie animale, qui elle-même a remplacé la vie végétative) que l'animation du fœtus est, pour eux, contemporaine de la conception et que, par suite, les pratiques abortives, ovulaires et autres, sont coupables à n'importe quel moment de la gestation. Sinon, pourquoi faire un précepte de baptiser les fœtus, « quovis tempore editi » si l'on ne pense pas que ces fœtus ont âme à n'importe quel moment de la vie intra utérine ? Ainsi l'église enseigne indirectement que tout homme existe, corps et âme, dès le premier instant de sa conception : lui donner la mort à un moment quelconque, avant la naissance, équivaut à un homicide. » (Dr Vincent de Lyon).

Ainsi le problème de l'interruption de la grossesse d'une tuberculeuse ne se pose pas plus à l'accoucheur catholique que ne se pose pour lui la question de l'avortement en cas de bassin rétréci, de vomissements incœrcibles, d'asystolie aigue, ou la question de l'hystérectomie dans une grossesse tubaire tant que la certitude n'aura pas été obtenue de la mort du fœtus.

Mais ces motifs religieux sont loin d'exister pour de nombreux non-interventionnistes. Les raisons sociales sont pour eux suffisantes pour les fixer dans leur doctrine d'expectation.

*Les raisons sociales : La valeur sociale de l'enfant
de tuberculeuse*

Au problème social se trouve directement rattaché celui de la valeur sociale des enfants de nos tuberculeuses. Cette question est beaucoup trop importante et complexe pour être traitée suffisamment ici. Nous ne ferons que relever encore le désaccord des quelques statistiques faites sur ce sujet.

Il est à peu près admis par tous (contre l'opinion de Bourgeois) que la tuberculose n'entrave pas sensiblement la marche de la grossesse (conclusions de thèse de Péaud dans sa statistique de la clinique Bandeloque 1904-1914. Rapport de de Couvelaire en 1923. Conclusions du rapport de Weemerscht et Olbrecht au congrès de Genève 1923, etc.). Nous remarquons seulement qu'il existe pour elles comme pour les femmes saines, un petit pourcentage d'avortement qui n'est pourtant pas négligeable. De même il existe un certain pourcentage de prématurés, ceux-ci (de mères tuberculeuses) encore plus fragiles que tout autre. L'importance de leur nombre varie de 15 % à 30 % selon l'importance et la gravité des lésions pulmonaires maternelles. [Aubert de Bordeaux donne 33 %. Favreau de Toulouse 36 pour 96 cas dont 28 morts dès les premiers jours. Vittoz de Lyon 16 pour 46 avec une mortalité de 68 %. Freud, sur 26 femmes atteintes gravement, trouve 7 accouchements prématurés. Depre et Laplane 14 %. Thèse Girard (Montpellier) sur 16 femmes 5 prématurés dont 4 meurent]. Goldrich, séparant dans sa statistique les mères dont l'état est grave de celles dont l'état est peu grave, trouve 33 % de prématurés chez les premières, 15 % chez les secondes. Mais signalons que Couvelaire, sur 63 cas, ne donne que 41 % d'enfant pesant moins de 6 livres; ce dernier pourcentage répondant à l'opinion de Léon Bernard et Debré.

Retenons seulement de tout ceci une cause de diminution non négligeable de la valeur sociale de l'enfant devant la valeur sociale de la mère.

Si l'on considère maintenant la mortalité de tous les enfants nés viables, nous allons encore trouver des statistiques les plus diverses selon, surtout, que l'enfant a été isolé ou non de la contagion familiale. Ainsi Tecon trouve 17 enfants sur 18 bien portants plusieurs années après. Forsner, sur 34 enfants enlevés dès la naissance à leur mère, et suivis depuis 1, 2, 3 ans et plus, donne 82 % de vivants et bien portants, tandis que sur 89 enfants élevés par leur mère, 20 % de décès, 22 % vivants avec tuberculose.

Le premier groupe rappelle les pourcentages heureux de l'œuvre Grancher.

Le second groupe, déjà impressionnant, le devient encore plus si l'on veut bien se souvenir du type de malade que Forsner a surtout examiné : des formes fibreuses vraisemblablement peu bacillifères, comme il a montré lui-même qu'elles étaient peu évolutives.

Les autres statistiques, données sur ces types d'enfants, non isolés à la naissance, sont véritablement effrayantes :

Vitrey, sur 886 enfants mis en nourrice, trouve 45 % de mortalité.

Ascoli (1902), 55 % dans la première enfance dont 33 % de méningite.

Hamburger, 23 morts sur 51.

Miller Woodroff de New-York sur 150 : 39 % ont présenté des lésions bacillaires +, 18 % suspects, 41 % seulement de sains.

Norris, par la statistique combinée de 14 autres, donne le chiffre de 59 % de mortalité. Voron arrive jusqu'à 68 % de morts

avant 6 ans. Plauchu et Garder admettent les mêmes chiffres. Sampton, 67 % dans les familles pauvres.

Ribadeau-Dumas admet que la mortalité infantile laissée en milieu infecté dépasse 50 %. Enfin Armand Delille, sur 176 familles tuberculeuses, trouve 60 % de mortalité infantile plus tous les cas qui restent latents pour se déclancher à la puberté.

Quant aux nourrissons tuberculisés, on admet généralement que la mortalité est de 65 à 85 % ; pour certains elle dépasse 90 % dans les 3 premiers mois. (On peut imaginer combien un nourrisson exposé aux baisers maternels est en danger).

Ces pourcentages effrayants, comparés aux beaux résultats des œuvres du type Grancher, doivent convaincre le praticien de la nécessité d'isoler à tout prix l'enfant de la mère et cela dès sa première seconde de vie. Mais ce qui est fait ainsi dans nos maternités est-il souvent possible dans une clientèle de faubourg, de villes de provinces, de campagne ? Combien de fois le médecin pourra-t-il effectivement obtenir cette séparation immédiate et durable ? La passion d'un amour maternel, que rien ne peut convaincre à la séparation, les conditions actuelles pénibles de la vie sociale, la cherté des nourrices, la rareté des œuvres de protection des tout-petits, nous font penser que cet isolement de l'enfant doit être rarement, parfaitement obtenu.

Par ailleurs, une récente statistique de Couvelaire vient montrer que l'isolement ne suffit pas à sauver l'enfant de la tuberculose. Sur 63 nouveaux nés isolés dès la première minute de la vie, il constate 38 % de morts dans le premier mois : « La plupart de ces enfants se sont éteints, dit-il. »

Les enfants sont donc exposés à un autre danger que la contagion : ici les théories ne manquent pas : on a invoqué *l'hérédité de Graine*, le placenta n'étant nullement un filtre

parfait : ce fait est certain scientifiquement, prouvé par des coupes de placenta (travaux de Bar, Chirié, Daunay, Devraigne), par des faits cliniques [observations de Chomé (1918), Société d'Obstétrique) 40 observations rassemblées par Kuss dans sa thèse; récemment les travaux de Mönckeberg de Santiago qui, sur 12 enfants nés de mères in-extremis, obtient l'inoculation positive au cobaye avec le sang du cordon ombilical de 4 de ces enfants]. Ces cas n'ent restent pas moins tout à fait exceptionnels et insuffisants à expliquer une mortalité de 38 %. Doit-on pour l'expliquer ressusciter la vieille théorie de l'heredo Dystrophie ? Nous laissons à d'autres la discussion du problème, constatant seulement que l'enfant de tuberculeuse, débile de naissance, victime fréquente de la contagion, n'a nullement une valeur sociale égale à celle des enfants ordinaires à opposer à la valeur sociale de la femme tuberculeuse.

S'il fallait en croire Weeiberg statisticien de Stuttgart, 15.6 % seulement des enfants nés dans la dernière année de vie des mères tuberculeuses arriveraient en âge de procréer à leur tour. Ce même auteur donne 16.7 % le chiffre de survie des femmes traitées par avortement thérapeutique. D'ailleurs, en dehors de toute considération sur la valeur de la viabilité de l'enfant, Bar fait remarquer que, laissé dans les très strictes limites de son école, l'avortement thérapeutique ne peut pas être un réel danger pour la société. Dans toute son existence le chef d'un des plus grand service parisien ne pourrait, par avortement, faire perdre à la société autant d'êtres que n'en provoque, indirectement, les hysterectomisés pour salpingites d'une seule matinée dans nos hôpitaux parisiens.

Mais ce qui reste un danger redoutable c'est la possibilité d'application maladroite, sur grande échelle, de la méthode.

l'exemple nous en est donné, pour une fois, en Allemagne, où l'avortement thérapeutique fut fait si largement, en présence du moindre soupçon de tuberculose que les promoteurs mêmes de la méthode se sont alarmés de ce « nouveau massacre d'innocents » et tendent vainement à ramener les indications de l'avortement thérapeutique aux limites étroites répétées par Bar à Rome, à Madrid, à Genève, à Paris.

Raisons juridiques

Ce serait une dangeureuse erreur, pour le médecin, de croire que dans l'exercice de son art il n'ait à suivre que les inspirations de sa conscience, sans avoir égard aux lois extérieures — car, si la médecine ne s'occupe pas du droit, le droit s'occupe de la médecine. C'est pourquoi nous jugeons à propos d'insister ici sur l'aspect juridique du problème.

L'avortement thérapeutique est-il punissable ? Pour répondre à la question il est nécessaire de définir d'abord brièvement le délit d'avortement tel qu'il est puni par la loi, afin d'établir à quelles conditions l'avortement thérapeutique pourra être pratiqué au point de vue légal, sans tomber sous le coup de l'article 317 du Code Pénal.

L'avortement a toujours été considéré comme un crime par les législations des pays civilisés. C'est un acte antinaturel et antisocial : il aboutit à priver de la vie un être humain, *il a donc le même effet que l'homicide*.

Le Code Pénal de 1810 le plaçait parmi les crimes, quelque fut l'époque de la grossesse à laquelle il était commis. La per-

sonne qui l'avait provoqué, même si c'était la femme elle-même, était punie de la *réclusion*. Si l'auteur de l'avortement était un médecin, un chirurgien, un officier de santé ou un pharmacien, la peine était portée aux *travaux forcés à temps* (Art. 317).

Dès la fin du siècle dernier, le succès de la propagande néomalthusienne produisit un accroissement considérable du nombre des avortements. La faiblesse des jurys chargés de la répression inquiéta l'opinion éclairée et l'on entreprit la réforme de l'art. 317. La loi du 27 Mars 1923, fit de l'avortement un simple délit afin de le soumettre à la juridiction des juges correctionnels. Aux termes du nouvel article 317, toute personne qui pratique un avortement sur une femme enceinte, *est punie d'un emprisonnement de 1 à 5 ans et d'une amende de 500 francs à 10.000 francs*. Si l'auteur de l'avortement est la femme elle-même, la peine sera de 6 mois à 2 ans de prison, et de 100 francs à 200 francs d'amende. Si le coupable exerce une profession médicale, il pourra être frappé de *suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession*. Ces peines, moins sévères que les anciennes, ont l'avantage sur elles d'être facilement applicables par le magistrat : le délit est réprimé alors que le crime restait impuni.

L'avortement, comme tout autre délit, n'est punissable que s'il est fait dans une intention criminelle, c'est-à-dire en *connaissance de cause*. L'intention criminelle, aux yeux de la loi, « *consiste dans la connaissance de l'agent qu'il commet le délit d'avortement dans les conditions déterminées par la loi* ». (1). Ainsi ce médecin qui a conscience que les manœuvres qu'il

(1) Garçon, Code pénal annoté, art. 317, n° 17.

pratique vont aboutir à un avortement, a nécessairement l'intention criminelle, car l'avortement est en lui-même un délit, quels que soient les motifs qui l'inspirent. Il est donc exact de dire, avec quelques auteurs (1), que *l'avortement thérapeutique est nécessairement fait dans une intention criminelle*.

On pourrait objecter que le médecin a le droit de faire sur son malade, *avec son consentement*, les opérations chirurgicales nécessaires à sa santé. Il est vrai que le médecin, selon l'expression de M. Garçon, a reçu de la loi la permission « de faire tous les actes qui ont un but curatif, lorsqu'il est appelé par le malade » et de tenter d'assurer par son art la conservation de sa vie. Mais cela s'entend des soins donnés au malade seul. Or, l'avortement thérapeutique diffère des opérations ordinaires de la médecine en ce que, pour le bien d'un être humain, il s'attaque directement à la vie d'un autre. Or, la mère n'a pas le droit de disposer de la vie de l'enfant, et le fœtus est considéré par le droit comme un être véritable qu'il protège. Il n'en faut pas conclure cependant avec les mêmes auteurs que l'avortement thérapeutique, nécessairement fait en connaissance de cause, soit toujours punissable. Le droit pénal admet, en effet, que les crimes et délits, commis avec intention, ne doivent pas être punis lorsqu'ils sont accomplis *en état de nécessité*.

L'exemple classique, donné par Cicéron (De Rep. III, 15), est celui d'un naufragé qui ne peut sauver sa vie qu'en s'emparant de la planche de salut que tient son compagnon, en noyant celui-ci. Son acte sera justifié. En présence de l'égalité des biens

(1) Bonnaire, *Presse médicale* du 23 Mars 1911. — Montal, *ibid.* — Tissier, *Arch. Mensuelles dolst. et gyn.* 13 Janvier 1913. — Selon M. Garçon, l'opinion contraire est insoutenable : en effet, « l'accoucheur agit avec connaissance, dans le but de provoquer l'avortement. » (*loc. cit.* n° 19).

en conflit, la loi s'arrête et ne punit pas, car il lui est impossible de préférer avec raison l'un des biens à l'autre. C'est le même conflit entre deux biens d'égale valeur, entre deux vies, que résout l'avortement thérapeutique. La femme, ou plutôt le médecin à qui elle a confié le soin de sa vie, avec son consentement, a le droit, aux yeux de la loi pénale, de supprimer l'enfant, dont la venue au monde la tuerait. *Le fondement juridique de l'impunité du médecin est donc dans l'état de nécessité.*

Or, les conditions de l'état de nécessité sont *fort étroites*. Le danger doit menacer *directement la vie* de la mère; il doit être *inévitabile* et *imminent*. Un danger *éloigné*, *incertain* ou *peu sérieux* ne peut réaliser l'état de nécessité hors duquel l'avortement ne se justifie plus. Le médecin n'aurait aucun droit de le provoquer pour améliorer la santé de la femme lorsque sa vie n'est pas immédiatement en jeu. On aperçoit vite jusqu'où les abus pourraient aller si cela lui était permis. L'avortement ne se justifie donc, pour le moment, au point de vue pénal, que lorsque sont réunies les trois conditions suivantes (1) :

- 1) La mère court un danger *extrême*;
- 2) Ce danger est sous la dépendance certaine de la grossesse;
- 3) Il cessera après la cessation de la grossesse.

Si, dans certains cas de vomissements incoercibles, par exemple, ces trois conditions sont remplies, elles ne le sont plus dans l'avortement pour tuberculose pulmonaire puisqu'il n'y a jamais certitude que le danger y soit extrême, dépende de la grossesse, et cesse après elle. L'avortement pour tuberculose pulmonaire, admis dans certains pays étrangers, ne l'est donc nullement en

(1) Énoncées par le professeur Balhazard. Académie de Médecine, 11 Décembre 1922.

France dans l'état actuel de la loi. La pratique des parquets paraît cependant tolérer ces avortements, puisqu'il n'y a pas eu de poursuites exercées contre leurs auteurs. On peut se fonder sur cette inaction actuelle de la justice pour tenter l'interruption de grossesse pour tuberculose pulmonaire; mais on court le risque de voir un jour une magistrature plus sévère s'inspirer des principes exposés plus haut, éclairant la loi existante, pour punir cette sorte d'avortement thérapeutique des peines de l'article 317.

Les précautions d'usage prises par les médecins (consultation écrite de plusieurs médecins, établissant les motifs de l'avortement, autorisations de la femme et du mari écrites, déclaration de l'avortement au commissaire de police) ne les met pas à l'abri de poursuites possibles lorsque l'une de ces conditions manque, cad. lorsque l'avortement n'a pas été fait en état de nécessité. Le fait de déclarer un délit n'en rend pas l'auteur innocent. L'action du parquet peut être mise en mouvement malgré la déclaration, et l'avortement jugé selon les principes exposés plus haut.

D'autre part, la réunion de deux médecins pour provoquer l'avortement peut être utile en ce qu'elle leur permet de distinguer plus sûrement si les conditions nécessaires à l'avortement justifié sont réunis en l'espèce, mais elle ne change rien au caractère de l'acte s'il est fait hors de l'état de nécessité.

Mais il est cependant certain que la consultation, lorsqu'elle a mis les médecins dans la conviction raisonnable que l'avortement pour tuberculose est justifié par l'état de nécessité, alors qu'en fait il ne l'est pas, fait présumer de leur part, ainsi que leur déclaration au commissaire, une bonne foi dont un tribunal ne pourrait vraisemblablement pas ne pas tenir compte.

CONCLUSION

I. — Nous aidant de statistiques anciennes comme d'observations nouvelles nous avons essayé de montrer l'exagéré optimisme du rapport de M. Forsner, et nous concluons à l'aggravation certaine, considérable, de la tuberculose pulmonaire de forme ulcéro-caséuse, évolutive, par la grossesse.

Ce pourcentage est, pour le milieu hospitalier, d'au moins 80 %, aggravation rapide, aggravation le plus souvent mortelle, aggravation du début, des tout derniers mois et du post-partum, le retentissement néfaste de la grossesse devant être considéré possible plusieurs semaines, plusieurs mois après l'accouchement.

Mais un bon nombre de tuberculoses supporte indubitablement, sans fatigue et parfois avec bénéfice, une gestation et ses suites : ce sont des tuberculoses qui ne séjournent pas à l'hôpital, ne sont généralement pas diagnostiquées dans les Maternités ; ce sont des tuberculoses fibreuses, torpides, florides ; il est indispensable de les séparer des formes évolutives dans les statistiques.

II. — Les formes fibreuses, les formes peu évolutives, sont toujours justiciables, en cours de grossesse du traitement médical (sel de chaux, adrennaline, etc.) et surtout de la cure sanatoriale : celle-ci leur permet de supporter dans les meilleures conditions les mois critiques de la grossesse ; elle évite la transformation, que nous avons vu plusieurs fois possible, d'une forme fibreuse en forme évolutive. On ne peut

que regretter, à ce sujet, qu'il n'existe pas encore en France de sanatorium pour tuberculeuses enceintes.

III. — Le Pneumothorax artificiel est le traitement d'urgence : il a le gros avantage d'agir vite et de pouvoir être établi rapidement à toute époque de la grossesse dès l'apparition d'une aggravation, n'étant soumis qu'à la seule condition de l'unilatéralité des lésions.

Ses succès indiscutables sont assez fréquents (près de 50 %). Donc, à l'encontre de ce que concluent MM. Weymeersch et Olbrecht au Congrès de Genève 23, nous n'avons pas vu que le Pneumothorax chez la femme enceinte était une intervention *beaucoup* plus périlleuse que chez la femme non gravide. Quoiqu'il donne un peu plus d'échecs que d'ordinaire, ses résultats heureux sont d'autant plus appréciables que l'on s'attaque à des formes graves qui, livrées à elles-mêmes, donnent un pourcentage considérable de mortalité.

Si le pourcentage des insuccès n'est pas notablement plus grand que d'ordinaire, les cas d'échec ont une évolution plus particulièrement rapide vers la mort.

Par ces échecs qui restent assez nombreux (50 %), il ne répond pas toujours aux trop grandes espérances que l'on serait tenté de placer en lui à la suite de publications trop nombreuses et heureuses faites récemment. C'est sur ce point encore un peu pessimiste que nous avons cru devoir attirer l'attention.

Quant aux effets du Pneumothorax sur la grossesse, on peut dire que, de règle, il ne la gêne en rien. Au moment de l'accouchement, comme dans tous les cas de tuberculose, on empêchera la femme de s'épuiser en efforts en faisant une

application de forceps sur tête engagée (anesthésie chloroformique, ou chlorure d'éthyl, ou rachianesthésie.

IV. — Que vaut le moyen héroïque de l'Avortement ? Bar ne signale 30 pour 100 d'aggravations persistantes que parce que les interventions furent trop tardives. Pour Kaminer, 12 % seulement des avortées mouraient, mais Kaminer est trop optimiste. Rist rapporte la statistique de Weinberg, de Stuttgart, qui ne donne que 17 % de survie prolongée chez les opérées.

Pour ne conclure que sur les observations de langue française, considérant l'énormité du sacrifice consenti, on était en droit d'espérer de plus nombreux succès. Mais il n'en reste pas moins indubitable qu'un certain nombre de femmes ont eu la vie sauve par l'arrêt de leur gestation.

Pour n'intervenir que dans les cas de ce dernier type, on a multiplié les critères diagnostiques et pronostiques : « Tuberculose certaine vérifiée par la présence de bacilles et de la radiographie, tuberculose évolutive fébrile, *nécessité absolue* d'une consultation de phtisiologue » : « Là où un médecin peu averti, a dit Léon Bernard, craint l'évolution, sous l'influence de la grossesse, d'une lésion dont il dépiste les caractères initiaux, nous, au contraire, reconnaitrons la présence d'une lésion éteinte qui, surveillée et soignée, a de grandes chances de résister à la gestation intercurrente », tuberculose débutant avec la grossesse ou nettement aggravée par elle, tuberculose franchement curable, à lésions limitées, sans essaimage, sans extension au larynx, « cas où » faut préjuger de l'avenir, a dit Bar, et se demander si la femme pourra conduire à terme sa grossesse sans que les lésions s'aggravent au point de devenir incurables » : Nous

avons vu la valeur que les interventionnistes attachent aux réactions négatives à la tuberculose¹³², valeur discutée par les phtisiologues.

C'est parti sur ces principes, que l'on a pratiqué les avortements que nous avons rapportés : pourquoi devons-nous relever parmi elles certaines observations où ces limites fixées ont été dépassées, inconsciemment, par leurs auteurs ? Est-il donc si difficile de passer de la théorie à la pratique ? Est-ce donc là le plus grand danger de la méthode ?

Par ailleurs, dans les cas les mieux étudiés, de douloureux échecs sont survenus. Faut-il donc admettre que, seule, l'évolution ultérieure justifiera ou condamnera l'intervention osée ? Le pourcentage des femmes incontestablement sauvées ne suffit-il pas, malgré tout, à légitimer l'héroïque méthode ?

Devant des problèmes aussi graves, que devra donc être la conduite du praticien ordinaire, du simple médecin que nous sommes pour la plupart, médecin de petite ville, médecin de quartier, médecin de campagne, si la religion ne le place d'autorité dans la classe des abstentionnistes ? La Loi¹³³ lui laisse une relative liberté d'action, la société ne sera guère plus menacée par quelques *exceptionnelles* tentatives thérapeutiques que par d'autres erreurs de diagnostic et de traitement excusées par tous. Devra-t-il alors se hâter de vider chirurgicalement l'utérus ?

Si le pourcentage d'erreurs de diagnostic de « Tuberculose » à laquelle est exposé le simple praticien est de 70 % d'après Rist comme d'après Sergent, le pourcentage d'erreurs de pronostic est encore plus décourageant.

Le médecin, en présence du cas particulier, reste devant

un aléa angoissant : il agira alors selon sa conscience, se souvenant de deux phrases magistrales :

« Entre l'Avortement thérapeutique, moyen héroïque qui n'est et ne doit être mis en œuvre que dans les cas où des accidents graves déterminés par le fait de la gestation elle-même, menacent prochainement la vie de la femme et devant disparaître par son intervention, et l'avortement chez la femme tuberculeuse, il y a un abîme que je ne franchirais pas. » (Pinard. Ac. de Méd. 1922.)

« Si le médecin croit en conscience que l'interruption de la grossesse peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter. » (Sergent.)

FIN.

Vu : Le Président,

BRINDEAU.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER : Pneumothorax et tuberculose. *Thèse de Paris* 1922.
- ARMAND-DELILLE : Fonctionnement et résultats de l'Oeuvre Grancher depuis sa fondation. *Conférence faite à Londres*, 1921.
- ARNOULD (E) : Gravité comparée de la tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents. *Revue de la tuberc.*, t. 1, 1920, p. 396.
- ARNOULD (E.) : La mortalité tuberculeuse du sexe féminin. *Revue de la tuberc.*, t. III, n° 2, 1922.
- BALTHAZARD : Etude médico-légale de l'Avortement thérapeutique. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922.
- BAR (Paul) : De la tuberculose compliquée de grossesse. *Conférence faite à la Faculté de Médecine de Madrid*, 14 avril 1921.
- BAR : Tuberculose et grossesse. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 37, 14 novembre 1922 et n° 42, 19 décembre 1922.
- BAR et DEVRAIGNE : La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. *Revue mensuelle d'obst. et de gyn.*, avril 1905.
- BERNARD (L) : Tuberculose pulmonaire et gravidité. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 23 mai 1921.
- BERNARD (Léon) : Le placement familial des nourrissons issus de tuberculeux. *Paris médical*, n° 1, 7 janvier 1922 ; Des relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité. *Paris méd.*, 6 janvier 1923 ; gestation et tuberc. *Presse méd.*, 16 novembre 1921 ; disc. sur les rapports de la tub. et de la grossesse. *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 42, 19 décembre 1922.
- BERNARD (L) et DEBRÉ : Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. *Paris méd.*, 1^{er} juin 1921.
- BOSC : *Thèse de Grimbart*.
- BOSSI (Maria) : Tuberculose et gravidité. *Réunion de l'Université de Gènes*, juin 1918, et congrès de Rome 1912.

- BOUFFE DE SAINT-BLAISE : Disc. sur les rapp. de la tub. pulm. et de la grav., 18 juin 1921. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*.
- BRINDEAU : Discuss. sur les rapp. de la tub. et de la grav. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 18 juin 1921 et Congrès de Genève 1923.
- BROUHA : Communication de Weymeersch et Olberchts.
- CHAUFFARD : Discuss. sur les rapp. de la tub. et de la gross. *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, n° 37, 14 novembre 1922.
- CHIRIÉ et WALTER : L'avortement provoqué dans la tuberculose pulm. compliquée de grossesse. *Bull. méd.*, 23 et 26 août 1922.
- CLEISZ (L) : Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberc. pulm. coïncidant avec la puerpéralité. *Gyn. et Obst.*, t. VII, n° 2, 1923 ; Conduite à tenir en présence de l'association tuberc. pulm. et gestation. *Gyn. et Obst.*, t. VII, n° 3, 1923.
- COCQ (Valère) : L'avortement therap. dans la tuberculose gravidique. *Journ. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1^{re} année, n° 2, février 1914.
- COLOMBET (Jean) : Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire. *Thèse de Lyon*, 1912.
- COULAUD (F) : La cuti-réaction à la tuberculine pendant les règles et après l'ovariotomie. *Soc. méd. des Hôp.* 3^e série, t. XLIV, 1921, p. 155 ; Le corps thyroïde des tuberculeux. *Soc. méd. des Hôp.*, 3^e série, t. XLIV, 1920, p. 1551 ; La cuti-réaction à la tuberculine chez les femmes. *La Médecine*, mai 1923.
- COUVELAIRE : Discuss. sur les rapp. de la tub. et de la grav. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 18 avril 1921 et décembre 1923.
- DANTIER (Justin) : Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. *Thèse de Paris*, 1920.
- DEBRE et LAPLANE : Le nourrisson issu des parents tuberculeux. *Le Nourrisson*, juillet 1922.
- DELMAS (P.) : Tuberculose et puerpéralité. *Clinique et laboratoire*, 30 mai 1922.
- DUMARET et BRETTE : Grossesse et tuberculose. *Presse méd.*, 21 juin 1922 ; Rapports de la grossesse et de la tuberc. *Bull. Acad. méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 31, 3 octobre 1922.
- DUMARET (F.) et MURARD (C) : *La pratique du pneumothorax thérapeutique*. 2^e édition, 1923.
- FORSSNER : Cité par Pettersen, in *Gyn. et Obst.*, n° 3, 1920, p. 223. Rapport à la Conférence de Lausanne.

- FISSINGER et BRODIN : L'allergie hépatique dans la tuberculose. *Annales de méd.*, t. XI, n° 6, juin 1922.
- FRUHINSHOLZ (A) : Avortement thérapeutique et tub. pulmonaire. *Revue méd. de l'Est*, 46^e année, t. LI, n° 7.
- GRIMBERT (J.) : Grossesse et pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1923.
- GUILLAMET : Grossesse et tub. Avort. thérapeutique. *Thèse de Lyon*, 1922.
- HERVÉ : Revue de la Tuberculose 1921 (n° 1). *Gazette médicale du Centre* (Nov. 1924).
- HERRGOTT (A.) : Discuss, sur les rapp. de la tub. et de la grossesse. *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, t. LXXXVII, n° 29, 28 novembre 1922.
- KEHRER (E.) : Tuberculose und Schwangerschaft. Rapport au Congrès antituberculeux allemand, 1921, Elster-Bains. *Zeit. f. Tuberk.* t. XXXIV, p. 693.
- KUSS : Tuberc. pulm. et gestation. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922.
- LANDOUZY : De l'intoxication tuberc. héréditaire. *Congrès pour l'étude de la tuberc.*, Paris, 1898 ; Hérité tuberculeuse de graine et état diathésique héredo-tuberc. typique et atypique. *Revue de méd.*, 1891 ; *Rapport à la IX^e conférence internationale contre la tuberculose*.
- LEURET (E.) et AUBERTIN (E.) : L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires. *Revue de la tuberc.*, t. III, n° 5, 1922.
- LEVINE (Samuel) : Recherches sur l'influence de la menstruation sur la cuti-réaction chez la femme tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1921.
- LOUIS (P) : Fréquence de la tuberculose dans les deux sexes. *Annales d'hyg. publique*, t. VI, n° 50, 1831.
- LUMIERE et COUTURIER : Résistance des femelles en gestation contre les chocs anaphylactiques et anaphyleczoïdes. *Acad. des Sciences*, Paris, 17 février 1922.
- MARGUETTE : Tuberculose pulm. et avortement. *Thèse Lyon* 1908.
- METZGER : Disc. sur les rapp. de la tub. et de la gestation. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922.
- MITROVITCH : Tuberculose pulmonaire, pneumothorax thérapeutique et gestation. *Thèse de Paris*, 1922.
- MORWEZEN : *Thèse de Paris*, 1922.
- MOSNY : L'héredo-dystrophie paratuberculeuse. *Transaction of the British Congrès of tuberc.*, 1901.
- MORISSON-LACOMBE : Tub. et gestation. *Journal de Médecine de Paris* 1924.

- NAVEAU : Les résultats du Pneumothorax (statistique du service Rist). *Thèse de Paris* 1924.
- NOBÉCOURT (P.) et PARAF (J.) : L'influence de la grossesse sur l'évol. de la tuberc. pulm. et pleurale : l'anergie tuberculinique au cours de la grossesse, allait. et tuberc. « *Presse méd.* », 18 février 1920.
- NORRIS et DOUGLAS : Pregnancy in the tuberculous. *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, t. IV, n° 6, 1922.
- PANKOW et KUPFERLE : *L'interruption de la grossesse compliquée de tuberculose pulmonaire ou laryngée*. Leipzig, 1911.
- PÉAUD (André) : Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1920.
- PINARD : De l'avortement soi-disant thérapeut. chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. *Ann. d'obst. et de gyn.*, juin 1912 ; Tuberculose et grossesse. *Bull. Soc. de méd. de Paris*, t. LXXXVIII, 21 novembre 1922.
- PISSAVY (A.) et M^{lle} S. BERNARD : Cuti-réaction et anticorps tuberculeux *Revue de la tuberc.*, t. III, n° 5, 1922.
- RIST : Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel et gravidité. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, p. 1455 : Tuberculose pulmonaire et gravidité. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 14 février 1921 et 18 juin 1921. Rapport au Congrès de Lausanne, 1924.
- ROSSIER : Rapport au Congrès de Genève, (août 1923).
- SAKKA ALI : Tuberculose et grossesse. Thérapeutique médio ostétricale, *Thèse de Paris* 1917 et 1918.
- SABOURIN : Quelques observations sur l'hérédité tuberculeuse. L'immunité anti-tuberculeuse héréditaire. *Presse méd.*, 17 juin 1918 : *Le traitement rationnels de la phthisie*, 1920.
- SERGENT (E.) : Tuberculose et grossesse. *Etudes cliniques sur la Tuberculose*. 1918 : Tuberculose pulmonaire et gestation. *Soc. d'Obst et de Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922 ; Tuberculose et grossesse. *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922 et n° 42, 19 décembre 1922.
- SIREDEY : Discuss. sur les rapp. de la tub. pulm. et de la grav. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 14 mars 1921 et 18 avril 1921.
- STERN : Tuberkulincutanreaktion und Schwangerschaft. *Zeit. f. Gyn. und Geb.*, t. III, 1905, p. 74.
- TECON : Grossesse et tuberc. pulm. *La tuberc. dans la pratique médico-chirurgic.*, 2^e année, 10 décembre 1911. *Revue suisse de médecine*, 1913.

VORON : Rapport au Congrès de Genève, 1923.

WALLICH : Discuss. sur la tuberc. dans ses rapports avec la gestation. *Bull. de l'Ac. de Méd. de Paris*, t. LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922 ; discuss. sur les rapp. de la tuberc. pulm. et de la gestation. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922.

WEINBERG (Wilh.) : *Die Kinder der Tuberkulosen*, Leipzig, 1913.

WEYMEERSCH et **OLBRECHTS** : Rapport au Congrès de Genève, 1923.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — Historique	15
CHAPITRE II. — De l'aggravation de la tuberculose par la grossesse, au Congrès de Genève 1923. — Désaccord des statistiques. — Nécessité de la distinction de deux tuberculoses, d'après le type anatomo-évolutif : la tuberculose fibreuse stable ; la tuberculose ulcéro-caséuse évolutive. — Les pourcentages d'aggravation concordants des formes ulcéro-caséuses évolutives. — Le Congrès de Lausanne 1924. — Le rapport de Forsner. — Le rapport de Rist. — Critique du rapport de Forsner d'après les observations de Rist. — Autres preuves de l'aggravation de la tuberculose par la grossesse, tirées de l'étude des observations, et de la rapidité de l'évolution. — La Tuberculose gravidique, sa malignité. — Pathogénie de l'aggravation	19
Rôle de la décalcification. — Insuffisance surrénale. — Intoxication gravidique. — L'Anergie gravidique. — Travaux de Stern — Travaux de Bar et Devraigne. — Autres pathogénies	46
La question de l'allaitement	51
CHAPITRE III. — Les Essais thérapeutiques	53
Le traitement médical. — La Cure sanatoriale. — Les statistiques. — Les observations de Dumarest et Brette	55
Le Pneumothorax artificiel. — Historique	59
1 ^{er} Groupe : Pneumothorax établis avant la grossesse : a) Observations de toutes origines ; b) Observations du service Rist : (statistique).. . . .	60

2^e Groupe : Pneumothorax établis en cours de grossesse. : a) observations de toutes origines ; b) Observations du service Rist.	
— 3 ^e Groupe : Pneumothorax post partum. — Les observations du service Rist. — Statistique et Conclusions. — Pneumothorax et Avortements : 1) Avortements prophylactiques ; 2) Avortements thérapeutiques : Observation Kuss ; Observation Bar (inédite) ; Observation Metzger (inédite)	68

CHAPITRE IV. — De l'Avortement thérapeutique. — Historique.	
— Ses indications d'après Bar (Congrès de Rome 1912). — Valeur pronostique des réactions humorales à la tuberculose (endo dermo et Cuti réaction) et sa critique par Léon Bernard. — L'avortement thérapeutique au Congrès de Genève 1923. — Les rapports de Voron, Weymeersch et Oibrecht (Etude de leurs observations). — Observations inédites : Rist ; Metzger ; Bar ; Brindeau ; M. Inckeberg. — La Stérilisation	81

L'Hysterectomie. — Discussion du principe et travaux de Coulaud. — Les Observations inédites de Bar. — Les Observations inédites de Brindeau. — Les Observations inédites de Metzger. — Conclusions possibles d'après toutes ces observations. — Critique de la méthode interventionniste. — Critiques médicales. — Avortement spontané et tuberculose (observations inédites. — Critiques morales. — Critiques religieuses. — Critiques sociales. — Valeur sociale de l'enfant de la tuberculeuse. — Critiques juridiques	107
---	-----

Conclusion	133
---------------------------	-----